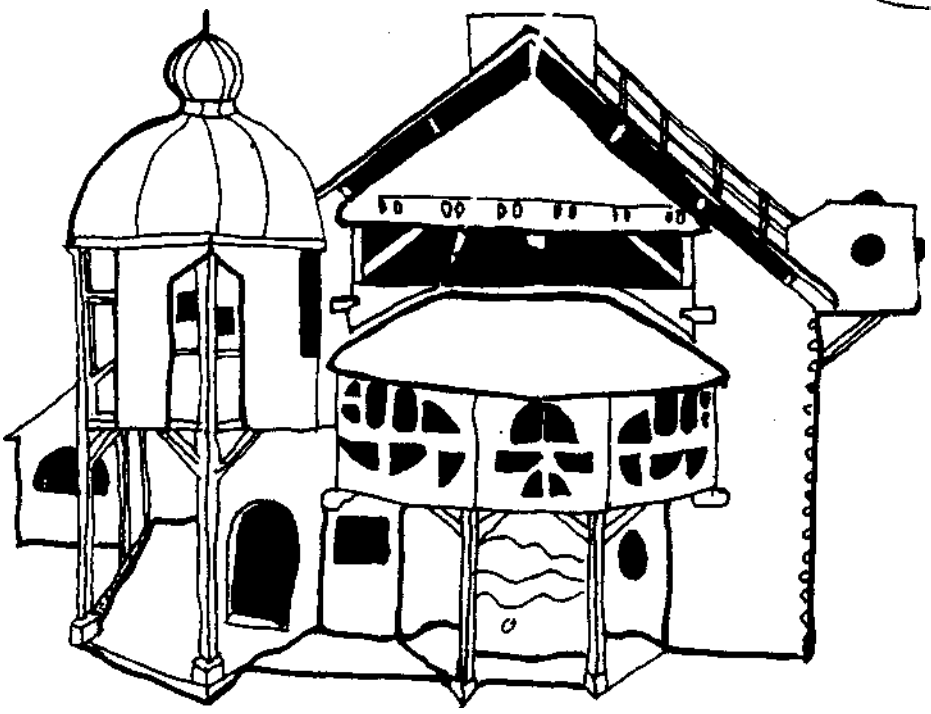
UNIVERSITE PARIS VII

uer. Sciences Humaines Cliniques

ECOLE de PSYCHIATRIE INSTITUTION
de
Le Chesnaie
CHARLES
41120

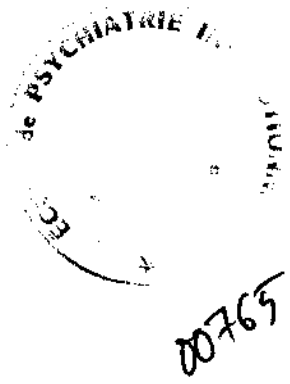


DESS de Psychologie Clinique

1979

UNIVERSITE PARIS VII

UER SCIENCES HUMAINES
CLINIQUES



DESS de
Psychologie clinique

« ÉLÉMENTS POUR UNE MONOGRAPHIE DU BOISSIER.

RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN PLACE DE L'ERGOTHÉRAPIE...

A CHAILLES ».

Par Jacques LABBE

Directeur : M. G. TRASTOUR.

Année 1979

Alex 1826

SOMMAIRE

INTRODUCTION....1
L'HISTOIRE LOCALE....4
L'ERGOTHÉRAPIE....14
Les conceptions d'Hermann SIMON....15
Conditions pour l'ergothérapie – TOSQUELLES et OURY....20
Le Boissier....23
Introduction....24
Lieu singulier – Surenchère ?....25
Défi....26
Symboles – Echanges – Langage....29
Bases structurales....29
Bornes – Repères....34
Invite aux investissements....34
GROUPE CHANTIER....36
Groupe sans médecin....37
Le fric – autogestion....38
Malades enjeux....39
Rassemblement – dispersion....41
Pour illustrer : quelques cas....43
QUELQUES CAS....44
CONCLUSION (sans)....47
EN VRAC....48
ANNEXES....51

INTRODUCTION

L'activité des malades mentaux hospitalisés est la problématique de départ de ce travail. Elle le guide à travers le compte-rendu et l'analyse d'une expérience débutée en 1974 à la clinique psychiatrique de Chailles : la mise en place d'un groupe d'infirmiers et de patients, le « groupe chantier », dont la tâche, avant tout matérielle, était de terminer un bâtiment inachevé, « le Boissier », futur foyer-bar-centre culturel de la collectivité, qu'animerait le Club thérapeutique.

Ce groupe a rempli son contrat et le Boissier est aujourd'hui « en activité » mais, au-delà de l'objet produit, l'expérience a eu de nombreuses répercutions, en particulier sur le plan thérapeutique et sur la dynamique institutionnelle.

Elle ne peut se comprendre qu'inscrite dans le déroulement de l'histoire locale dont elle éclaire les micro-agencements, et dans le champ d'expérimentation plus vaste qu'est celui de la psychothérapie institutionnelle, dont les principes sont en application depuis plus de vingt ans dans l'établissement.

Le fait de faire participer les malades aux finitions de l'hôpital n'est pas nouveau. Hermann SIMON, au début du siècle, en a tiré ses théories sur l'ergothérapie et le mouvement de la psychothérapie institutionnelle doit beaucoup à ses travaux. Depuis, l'ergothérapie a eu la vogue et les développements que l'on sait, pour devenir aujourd'hui une pratique plus occupationnelle, voire ségrégative, que réellement thérapeutique.

On constate, que ce soit à l'hôpital public ou dans les établissements privés, qu'il devient de plus en plus difficile de proposer au malade hospitalisé des activités qui vaillent pour lui la peine de s'y astreindre, des activités intégrées dans un projet thérapeutique dont la visée ne serait ni simplement occupationnelle ni idéalement « la réinsertion sociale », mais l'accès à une plus grande autonomie, dans le sens de l'avènement du sujet.

L'ergothérapie ainsi envisagée est particulièrement délicate à organiser en milieu hospitalier, parce que :

D'une part elle suppose un engagement éthique de l'équipe soignante vis a vis du malade : le considérer comme un individu partiellement et temporairement en mal de sa personnalité, et non comme un objet de soins.

Et d'autre part, parce que les conditions socio-économiques extérieures influent défavorablement. En effet, une société de surproduction et de gaspillage en proie à une crise de l'emploi n'incite pas à la production et au travail.

De plus, la nouvelle législation « en faveur » des personnes handicapées, sous couvert de bonnes intentions, renforce la ségrégation vis-à-vis des handicapés mentaux [1]. Ceux-ci sont

[1] Loi de juin 1973, d'orientation en faveur des personnes handicapées, (publiée au Journal Officiel du 1er juillet 1975). Toute l'ambiguïté concernant les bonnes intentions du législateur, qui est pourtant réputé pour peser ses mots, se trouve déjà contenue dans l'intitulé de la loi par l'emploi du terme « en faveur ». On peut entendre que, d'un point de vue éthique, les handicapés sont des individus humainement inférieurs qui méritent des faveurs alors qu'ils ont, comme tout individu, des droits, dont celui d'être assistés si leur situation l'exige.

systématiquement dépistés et orientés, c'est à dire confiés à des spécialistes, coupés de leur milieu d'origine.

Les handicapés mentaux et ceux qui en ont la charge sont mis dans le même sac de « l'appareil psychiatrique », dont il est difficile de ressortir indemne, adapté à la fonction « normale » de production-consommation.

Or, à l'intérieur du système psychiatrique dans lequel le « malade » se trouve « pris en charge », la tendance « naturelle » est de reproduire les phénomènes de ségrégation exposés plus haut. Il est bon d'en avoir conscience pour tenter d'en réduire la nuisance. Se borner à incriminer le législateur, la société, comme responsables des problèmes internes de l'hôpital serait un mécanisme de défense produit par l'équipe soignante, pour méconnaître ce qu'il en est de l'inconscient dans les relations inter-humaines au sein du groupe soignant-soignés au sens large.

Le principe « au moins ne pas nuire » qui précède la vocation de soigner implique une vigilance à repérer les productions inconscientes et (autant que possible) la capacité à les interpréter.

Je fais allusion aux méthodes de *traitement psychanalytique du milieu* dont l'application sur le terrain est une entreprise extrêmement complexe [1].

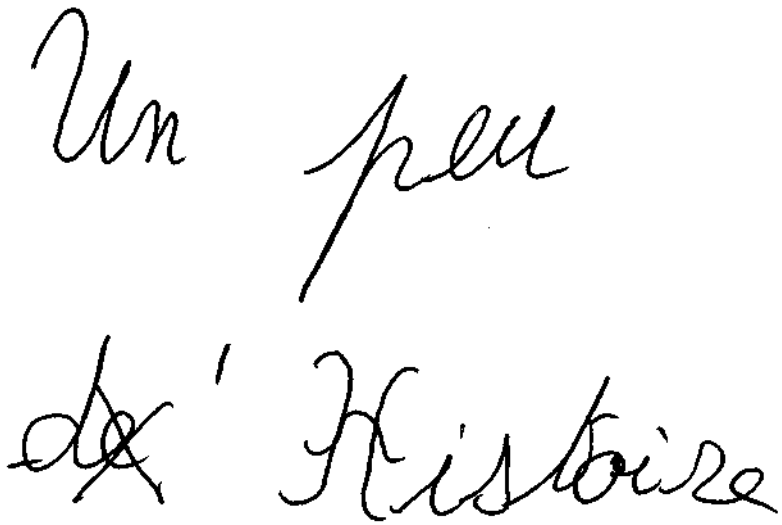
La psychanalyse rencontre les résistances que l'on sait, il est souvent préférable de ne pas les forcer. Il n'est pas nécessaire, pour réunir les conditions favorables d'exercice de l'ergothérapie « d'allonger tout le monde », heureusement !

François Tosquelles, dans son livre [2] destiné au personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques, expose très simplement et habilement l'histoire, les concepts et les problèmes soulevés par l'exercice de l'ergothérapie dans le cadre de l'hôpital public.

L'expérience examinée ici (la construction du Boissier en ce qu'elle a « d'ergothérapeutique ») se place dans un milieu très différent du milieu psychiatrique traditionnel. On s'en apercevra à travers le petit historique que j'ai cru bon de placer en tête parce qu'il montre la spécificité de l'établissement et aidera je l'espère, à comprendre la suite. Y sont rassemblées des données qui, à mon sens, se rapportent de près ou de loin à l'activité des malades.

[1] Note importante en guise d'avant-propos : ce problème, le traitement psychanalytique du milieu, me préoccupe beaucoup à travers ma pratique professionnelle dans une institution où la psychanalyse tient une place importante. Il se pose pour moi en ces termes : l'obligation d'une recherche, au regard de « l'événement » de ce qu'il sous-entend de l'histoire et du fonctionnement institutionnel. C'est pourquoi, on remarquera de nombreux glissements vers une tentative d'analyse de l'institution tout au long de ce travail qui s'était donné pour but initial l'étude d'une fraction de la pratique institutionnelle locale : l'activité des malades.

[2] *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Bibliothèque des CMEA, éd. Scarabée.


Un peu
de Histoire

L'HISTOIRE LOCALE

La clinique de la Chesnaie à Chailles, petite commune du canton de Blois, dans le Loir-et-Cher, a été fondée en septembre 1956 par le Dr Claude Jeangirard. C'est un établissement de soins privé et conventionné.

Les origines :

La période prénatale s'inscrit dans un faisceau d'événements et un courant de pensée, celui de la psychothérapie institutionnelle, né lui-même à l'hôpital de Saint-Alban juste après la guerre.

Pendant une quinzaine d'années, ce mouvement, porté par les nouveaux psychiatres français, se développa un peu partout, apportant ce qu'on a appelé la révolution psychiatrique.

Pour ce qui nous intéresse, un événement important est l'arrivée dans le Loir-et-Cher, en 1950, du Dr Oury qui venait tout droit du creuset Saint-Albanais. Il prit la direction médicale d'une petite clinique près de Blois. C'est là qu'avec son équipe, ses copains de ce qu'il appelle « la place publique », il prépare l'ouverture de la clinique de la Borde en 1953 [1].

A la Borde, de 53 à 56, le bouillonnement des êtres et des idées donne lieu à de nouvelles formes d'organisation du milieu de soins psychiatriques.

Le Dr Jeangirard, jeune médecin d'origine blésoise, et son épouse, participent à la vie de la clinique de la Borde. Dans quelle mesure ? Le mystère plane [2].

Quand on se penche sur la naissance et les origines de la clinique, on est consterné par la rareté des documents disponibles. A ma connaissance aucun écrit ne circule à l'intérieur de l'institution. Il faut se contenter de ce que l'on trouve en librairie, cela se résume à quelques pages et allusions dans le numéro 21 de Recherches.

On y lit entre les lignes que le médecin-directeur et sa femme travaillaient à La Borde en 56 ; puis, explicitement, qu'ils ont, avec l'aide de La Borde, fondé la clinique de la Chesnaie en juillet 56 ; que six personnes sur douze employés travaillant à la Chesnaie étaient détachées de La Borde.

> « De juillet 56 à juillet 57 ; une fantastique circulation s'organise dans le département… d'abord la création d'une nouvelle clinique psychiatrique… Des éducateurs et des enfants d'un IMP voisin viennent repeindre les locaux du futur établissement, des camions militaires transportent des lits prêtés par la caserne, des moniteurs circulent d'un établissement à l'autre, des couples se promènent dans la grande forêt qui sépare La Borde de la nouvelle clinique.

[1] Voir à ce sujet *Il, Donc* de J. Oury, éd. 10/18. Et aussi « Histoires de la Borde », dans *Recherches* n° 21, mars-avril 76, Chapitre La Source, p. 25.

[2] *Recherches*, n° 21 « Aller-retourner », p. 125 et 119.

> Une magnifique Hispano dévale les petites routes solognotes. Echange de personnel et de malades – Réunions – Théâtre – Foot – On crée un bulletin du personnel des cliniques psychiatriques du département [3]. »

Jusqu'à la rupture, en juillet 57 et de nouveau le mystère. Que s'est-il passé ? Différents idéologiques ? Bouleversement des configurations érotiques ? Le mystère plane autant à la Chesnaie qu'à La Borde. Il est impossible d'écrire la micro-histoire des deux cliniques pour cette période.

> « Entre 56 et 57 il y a toutes sortes de "facteurs mystérieux" qui ponctuent l'histoire de La Borde 3 »…
>
> « Pudeur des acteurs de l'histoire, méconnaissances qui font préférer dans le récit les enchaînements logiques ; multiplicité hétérogène de hasards aussi ; tout concoure à constituer le mystère [autour de] ces événements ».

Toutes sortes d'éléments, comme l'évolution de la situation politique – la guerre d'Algérie – les scissions dans le mouvement communiste – la philosophie… traversent le champ, le triturent et rencontrent des taches de rousseur, une paire de jolies jambes qui dansent, l'art vu par Dubuffet, les chromes d'une Hispano.

À La Borde ce travail souterrain enfante d'une nouvelle clinique ; la Chesnaie, qui très vite taira ses origines labordiennes.

On peut penser que ce silence pèse et influe peu ou prou à certains moments de l'histoire de la Chesnaie, et par conséquent sur l'activité globale de l'institution dont un principe consiste à faire participer les malades à tous les niveaux de son organisation, notamment dans le travail.

1959 – Le feu prend une nuit dans les combles et réduit le château en cendres. Mon optimisme me fait dire que le nombre des victimes est réduit, compte tenu de la situation (incendie dans la nuit dans une vieille bâtisse où sont logés soixante malades). Désastre, catastrophe humaine et économique aussi. *Blessure*. Dès le lendemain le médecin-directeur prend la décision de reconstruire coûte que coûte, malgré la précarité de la situation économique.

Les malades sont répartis à La Borde et à l'hôpital de Blois.

Très vite la clinique est réouverte dans un château loué non loin de là, le temps de reconstruire la Chesnaie. Pendant cette année les alertes au feu sont nombreuses, sans conséquences graves mais le feu couve (l'équipe est impuissante à l'étouffer).

Depuis l'aménagement dans le château « flambant neuf » jusqu'à l'hiver 72, peu d'événements marquants, à ma connaissance, du moins pas dans le sens de la catastrophe. Les anciens en ont un souvenir nostalgique : « c'était le bon temps…, les ateliers marchaient… tout le monde travaillait… ». On produit un film mi-document, mi-fiction, où les malades écrivent leurs rôles et les jouent. C'est la grande époque des stages CMEA, des collèges de

[3] *Recherches*, p. 119.

psychiatrie. Les échanges ont repris entre les personnels des deux cliniques, cependant qu'en haut-lieu… ?

Mai 68 se passe aussi bien qu'ailleurs ; le travail dans les ateliers en prend un coup. On arrête et on discute…

Le club thérapeutique, dans la lignée de Saint-Alban et de La Borde, poursuit son oeuvre de désaliénation psycho-sociale. Il a investi un vieux bâtiment, « le Boissier », sorte de grange où l'on entreposait autrefois le bois de chauffage. On en a vitré les façades ; le bar-tabac s'y tient, ainsi que, ponctuellement, des représentations théâtrales, bals, conférences.

Pendant l'année 1972, un architecte de Lausanne, Chil Boiscuillé, vient de temps en temps avec un matériel vidéo pour filmer la vie de la clinique.

Le Boissier est rénové, inauguré, puis brûle.

L'architecte enseigne à l'Ecole Spéciale d'Architecture à Paris. Les étudiants avaient participé aux plans de rénovation du Boissier. Entre l'architecte et le médecin-directeur, la décision est prise de reconstruire autrement.

> C. B.[1] – « Tout au long de cette chronique filmée, j'ai remarqué que les problèmes de la psychiatrie institutionnelle étaient très proches des problèmes que nous posait la pédagogie. La nature des soins impliquait plus que nulle part ailleurs l'usage de l'espace. Toute la vie de la clinique est mise en scène. Les lieux changent tout le temps, "l'organigramme" se transforme sans arrêt. Jamais je n'avais rencontré de tels consommateurs d'espace. Toujours demandeurs, jamais satisfaits. Enfin, le questionnement permanent (thérapeutique, pédagogique, politique) était d'une telle qualité, alimenté par une pratique quotidienne et modeste. Je ne pouvais pas cacher cet endroit à mes étudiants ».
>
> C. J.[2] – « Il était nécessaire de reconstruire *autrement* un bâtiment qui a été détruit et qui était en soi très satisfaisant, sinon qu'il était un peu usé. Il a disparu presque en temps utile ».
>
> C. B. – « C. J. a suggéré que les étudiants viennent eux-mêmes réaliser la construction ; il nous a dit : "faites ce que vous voulez", et nous a laissé entièrement libres. Jamais il n'est venu contrecarrer une idée et pourtant, lui-même avait des idées ».
>
> C. J. – « Tout ce qui constitue des situations plus riches est précieux pour les gens, pour qu'ils puissent réfléchir sûr eux-mêmes, qu'ils puissent fonctionner autrement ».

Hiver 72-73 – Boulevard Raspail, les étudiants de l'U. V. de Boiscuillé planchent, imaginent des projets, même les plus fous. Ils se rendent sur place pour voir l'implantation.

---

[1] C. B. : Chil Boiscuillé, architecte – Revue *Architecture d'intérieur*, 1974.

[2] C. J. : Claude Jeangirard, médecin-directeur.

Ces interviews sont extraits de la bande sonore d'un film sur la construction du Boissier, réalisé par l'INA et le Centre Georges Pompidou.

Il semble qu'un mythe s'installe, selon lequel les étudiants auraient « discuté » du projet avec les malades et les infirmiers pour concevoir le bâtiment en fonction des désirs, besoins de ces derniers. Les textes interviews que j'ai pu recueillir à ce sujet sont contradictoires… mais c'est un détail, un leurre en rapport avec le contexte social : la mode « démocratique après 68 ».

Mars 73 – Arrivée des élèves architectes ; ils sont une trentaine, garçons et filles, vont être logés en dortoir à la « Haute Pièce », bâtiment réservé au logement du personnel, et aux réunions.

L'arrivée de ces « barbares » dans la grisaille du tableau institutionnel opère une véritable *coupure*. Le mouvement de psychothérapie institutionnelle… peut-il alors encore être appelé mouvement ? Les institutions font leur traversée du désert. Ce groupe de barbares dérange l'ordre établi.

> C. B. – « Pour les malades, évidemment, c'était une "aubaine" de voir entrer dans la clinique des gens un peu à part dans le discours médical, qui arrivaient avec toutes sortes d'à priori, mais en même temps aucune connaissance et qui étaient très curieux. N'étant ni soignants, ni soignés, ils eurent une place bien à eux et leurs rapports avec les malades étaient authentiques. Au départ, il y eut une espèce le fascination des uns envers les autres. Dans un second temps, il y eut un mouvement de rejet généralisé : les étudiants se regroupaient sur eux-mêmes, ils commençaient à "sentir" la pesanteur de la maladie mentale et cela les éprouvait beaucoup.
>
> « Ils essayaient d'éviter à tout prix les malades, avec toujours leurs mêmes questions et leurs mêmes histoires. Ils mangeaient un peu à part. Les soignants et les malades en avaient aussi un peu assez de ces étudiants qui posaient toujours des problèmes pratiques [1] ».
>
> C. J. – « Un chantier, cela fait partie de toutes les possibilités courantes dont nous disposons pour faire venir du monde. Recevoir trente étudiants architectes fait que la réalité parmi nous est plus riche et permet plus de ruptures, plus de possibilités nouvelles au hasard des tâches, plus de choses à lire, à déchiffrer.
>
> D'autre part, il est important pour les malades que le cadre soit élabore ; qu'il soit beau, nous en sommes gestionnaires, héritiers ; nous en retrouvons peu à peu le mode d'emploi, la topographie, les lois naturelles [2] ».

En hiver 73 jusqu'en juin 74, il ne reste qu'une dizaine d'étudiants à peine, en face de l'énormité de la tâche.

> « Juin 73 : Le groupe se compose d'une vingtaine d'étudiants, de quelques auto-stoppeurs guidés par la rumeur et d'une quinzaine de pensionnaires. Nourris, logés, blanchis, chacun reçoit un jeton de présence de 300 F par mois. Cette égalité devant le pécule nous semblait à priori satisfaisante [3] ».

---

[1] *Architecture d'intérieur*. Magazine (fin 74).

[2] *Architecture magazine* (novembre 73).

[3] C. B. – *Archi Magazine*.

Un moniteur de la clinique est chargé de l'encadrement des malades sur le chantier.

Fin année scolaire 74 : chaque année, le « club de la Chesnaie » organise une kermesse, les étudiants veulent y participer, la considérant comme une sorte d'inauguration du bâtiment (pas encore terminé mais qui fonctionne pour l'occasion).

Ils veulent rompre avec la cérémonie de la petite kermesse des années précédentes qui n'attirait plus que les proches de la clinique. Ce sera une vraie fête. Cirque, « pop music », un grand chapiteau, des petites tentes à l'orée du bois. Ceci ouvre l'ère des grandes fêtes d'été, qui durera cinq années.

> C. B. – « Mais comment continuer, alors que l'important ce n'est pas tant de faire une maison différente que de la faire différemment ? D'autres étudiants ? On ne recommence pas l'histoire. En psychiatrie comme en pédagogie, il faut savoir reconnaître la répétition avant qu'elle ne devienne mortelle ».

Octobre 74 : une quinzaine de pensionnaires, sept ou huit moniteurs et deux « architectes-moniteurs »… telle sera la composition du nouveau groupe chantier. À la différence des autres groupes de la clinique, tout s'est organisé autour de la production et selon des critères d'efficacité. C'est le début du « groupe chantier » qui sera l'objet de développements plus loin.

Ce qui est à noter rapidement, c'est le *postulat initial* : nous sommes rassemblés *pour produire, pas pour soigner*. En toute bonne foi et jusqu'à aujourd'hui, on a cru à son corollaire que la *thérapeutique viendrait « par surcroît »* ; et cela, sans que l'on ait à s'en préoccuper outre mesure dans l'institution. Quand le bâtiment va, tout va.

Le groupe soignant a été dans l'impuissance d'interpréter un suicide, celui d'Ahmed, en ce qu'il révélait une faille dans l'articulation du groupe chantier au groupe institution, et plus loin, une face du fonctionnement institutionnel basé sur une méconnaissance. Ce voile n'est pas encore levé à ce jour.

J'essaierai d'y participer à travers ces lignes puisqu'il me semble avoir enfin entrevu ce dont il s'agit (grâce à l'effort de réflexion que nécessite la fabrication de ce texte). Quoi qu'il en soit – qu'il en fut, la vie est belle pour certains dont j'étais en cet automne 74 ensoleillé, ceux du groupe chantier, lequel, dans sa forme instituée durera un an et demi, jusqu'au printemps 76.

Pendant ce temps, les faits marquants : en mars 75 le groupe chantier part aux sports d'hiver dans la joie, l'obsession, la douleur, plaisir hystérique pour certains, l'ivresse des cimes et même d'alcool pour d'autres, bref, la vie, quoi.

Pendant ce temps au Boissier Ahmed se pend. On lui avait refusé de nous accompagner au ski. (Il semble que personne n'ait réalisé la portée de ce drame, excepté un médecin de la clinique, proche parent).

Printemps 75 : assemblée générale du club à Dourdan, où le club va prendre un essor important, grâce à une convention avec la clinique qui porte de un à quatre le nombre de techniciens psychiatriques détachés au club ; grâce aussi à des circonstances favorables.

Le groupe chantier est à son apogée et ses membres dynamisent les débats de l'assemblée générale et des groupes de travail pendant les deux jours ; c'est l'euphorie dans ce village de vacances loué pour la circonstance.

La réussite de la fête de 74, la valeur de la production des malades au chantier, etc., tout pousse à donner au club la liberté et les moyens d'organiser sa propre production, dans le sens d'une rentabilité d'une part, pour financer une antenne à Paris, le « 36 », et tout ce qui peut aider ses membres dans et au dehors de l'institution.

L'effervescence du club qui s'ensuit donnera naissance à des réalisations durables, dont l'extension de l'atelier élevage, de multiples voyages de loisirs ou d'études, des festivals d'été, l'antenne à Paris puis l'achat d'un minibus ; un groupe de recherche qui utilisera la loi d'orientation de 75 (en créant l'association « Le Boissier ») pour organiser le placement familial, et fonder plus tard en 78 le foyer thérapeutique de Boursay, etc.

Février 76 : le club installe son bureau et le bar au Boissier qui est encore à peine habitable.

> « Après la vague d'euphorie survient le creux de la vague, qui persistera deux années, bon poids. Le discours dépressif est de mise.
>
> « Il y a des moments de tristesse, dans ces "collectifs", où tout devient gris, où le fumier lui-même ne sert plus à rien. Où ça fait de la mort morte ; où les gens s'entropisent à qui mieux mieux. Tout devient uniforme, il n'y a plus d'angoisse, plus de refoulement, plus d'interprétation, plus rien. La demande fornique avec le désir, et les barrières rompue du plaisir laissent apparaître une jouissance terne, desséchée, craquelée, se perdant dans un "smog" de mauvaise augure.
>
> Où est le temps de l'angoisse de castration ?... Réepeller la misère, la dure nécessité de l'existence [1] ».

Cette parenthèse sur le creux de la vague, dont il ne s'agit pas ici de faire la chronique détaillée, pour dire que, pendant ce temps, les ateliers encore existants (si on peut les appeler ateliers : la cuisine, le ménage, la vaisselle), s'engluent dans les tâches quotidiennes sans trop de « reprise de parole » (phrase à la mode dans les facultés, rapportée des institutions publiques où les étudiants font des stages. Savent-ils ce que cela implique pour que ce ne soit pas une parole vide ?).

Fin février 76, le groupe chantier s'épuisait doucement. Quand il a été supprimé officiellement à l'occasion d'un grand chambardement : le roulement des tâches avec la révision de l'organigramme tous les quatre mois.

À ce moment la pratique de la cure de sakel a repris avec un « groupe insuline » qui a pris en charge l'atelier élevage.

Dans l'institution l'intérêt s'est déplacé du chantier Boissier vers l'insuline-élevage.

Le bar, la serre-jardin et l'élevage fonctionnent en tant qu'ateliers (au meilleur sens local). Cela tient pour beaucoup aux individualités en place dans ces ateliers.

---

[1] Oury – P et P I, p. 315

Une monitrice hors UDF [1], hors du club, prend en charge à elle seule la serre et le jardin. Avec des malades elle cultive des fleurs et plantes pour orner la clinique et réaménager l'ancien potager en jardin d'agrément [2].

Il y avait longtemps que le jardin potager était en friche, le jardinier travaillait à l'encontre des visées institutionnelles.

On ne sait pas trop à quoi s'en tenir quant à la rentabilité économique des ateliers par la vente de leurs produits.

Au chantier, le travail des malades était payé et reversé dans une caisse commune distincte de celle du club.

En 1977 au Boissier, l'investissement partiel du local progresse, avec l'aide des malades qui participent activement au comité spectacle et organisent des mini-spectacles, occasions de rencontrer les blésois amoureux de la Chesnaie et du Boissier qu'ils ont connus en venant aux festivals d'été toujours très fréquentés tant par les artistes que par les spectateurs.

Le comité spectacles se sépare du club pour fonder l'association « La Boissinoise ». Les malades y ont comme au club des responsabilités ; de là nombreux sont ceux qui sortent définitivement de la clinique.

Cependant, l'articulation club-institution est de plus en plus tendue. La collaboration des deux institutions distinctes, mais liées par un contrat mal défini, prend un ton d'antagonisme et entre dans des rapports paranoïaques. Malades et soignants s'y retrouvent de moins en moins, désinvestissent, quelques courageux dont la secrétaire s'accrochent encore jusqu'en juin-juillet 78. La situation est en octobre suffisamment détériorée pour que l'on décrète « l'état de crise » et qu'on s'oriente vers un replis stratégique, seule solution raisonnable compte tenu du « creux de la vague ».

La priorité passe ailleurs. Le nombre de moniteurs inscrits en fonction au club est réduit officiellement et passe de quatre à trois.

L'été 78 est marqué de passages à l'acte et d'accidents plus fréquents et plus dramatiques qu'à l'ordinaire : défenestrations, brûlures et mort par le feu, dont un suicide au Boissier [3]. Dans l'équipe soignante l'angoisse est à son comble ; les soignants trop fragiles se mettent en congé maladie, les autres se défendent par des réponses obsessionnelles du type : « il faut des responsables partout, à tous moments ». Vigilance angoissée. De fait, il n'est pas possible à ce

[1] Voir en annexe, UDF – Unités de fonction.

[2] La petite histoire raconte que le village voisin profitait largement des légumes du jardin vendus à la sauvette. L'économat de l'établissement, les cuisiniers, consciemment ou non refusaient d'utiliser les productions du potager. Cette parenthèse soulève le problème de la production des associations « sans buts lucratifs ». La vente des légumes, les produits de l'élevage « profite » au club, mais on constate que ces associations, peut-être parce qu'elles sont sans buts lucratifs ont de curieuses difficultés à faire des activités rentables pour alimenter leur caisse. Et des difficultés encore plus grandes pour l'en faire sortir pour des investissements conformes à leurs visées. Rétention ou gaspillage sont les règles en pareil cas. C'est un problème général des associations 1901, qui n'est pas spécifique aux milieux psychiatriques. Il conviendrait de l'étudier pourquoi pas à l'université dans les départements de psycho-socio.

[3] Ce n'est pas par goût morbide que je note ces faits, mais parce qu'ils ont à voir avec l'orientation de ce petit historique : l'activité des malades hospitalisés, et la construction du Boissier qui en est un point charnière.

moment de dédramatiser la situation par son analyse et son interprétation. Il faut de l'obstination et aussi de la patience pour comprendre.

Le Boissier est à peu près terminé, il fonctionne disons bien, avec des hauts et des bas, c'est la vie.

Un autre chantier, privé, celui-là, avance lentement sur le territoire de l'établissement [1].

La possibilité d'envoyer des malades travailler sur ce chantier n'entre pas dans la politique de l'équipe soignante pour des raisons trop nombreuses à énumérer ici, et c'est pourtant bien dans le champ des micro-agencements et de ce qui est voilé de la problématique de l'institution.

À l'automne 78, sur l'initiative de l'association « Le Boissier », de nombreuses réunions ont lieu au Boissier puis à l'Orangerie, pour la création d'un foyer thérapeutique ; une souscription va permettre d'acheter une vieille ferme à 80 km de là, à Boursay.

Hiver 78-79 : il y a du nouveau dans l'air à propos du bâtiment.

En Février 78 la sécurité sociale avait signé la convention à condition que de nouvelles surfaces de logement des malades soient aménagées.

Le médecin-directeur a décidé de se servir des locaux occupés actuellement par les stagiaires et nouveaux embauchés, et de construire un nouveau bâtiment pour loger ces derniers.

Depuis deux ans l'architecte travaille avec ses étudiants de l'ESA. Les projets se succèdent et sont refusés par C. Jeangirard ; (trop onéreux ou trop conformistes dans leur conception ?).

La dernière idée à laquelle l'architecte, Chil Boiscuillé, tient beaucoup, est d'utiliser des voitures de voyageurs réformées de la SNCF, pour y faire des chambres en abattant quelques cloisons de compartiments. Six wagons seraient ainsi agencés autour d'un bâtiment central comprenant les pièces communes et les salles d'eau [2].

Mai 79 : le projet est arrêté et adopté, intitulé « Orient Express Hôtel ». Aussitôt quinze étudiants arrivent à la clinique pour le réaliser. Avec eux, des malades aident à faire les fondations.

Juin-juillet 79 : des équipes de pensionnaires partent chaque semaine à Boursay faire les travaux d'aménagement du foyer thérapeutique. Sur le chantier Orient Express les malades participent ; l'équipe soignante voudrait profiter de l'occasion pour y placer un atelier avec un moniteur pour entraîner plus de malades et faire l'articulation avec les élèves-architectes, mais c'est l'été, l'équipe est réduite en raison d'une pénurie de personnel ; il manque quinze soignants dit-on, à quoi se surajoute le fait que beaucoup partent en vacances.

---

[1] Depuis 75 le médecin-directeur se fait construire une maison d'habitation dans la propriété, c'est bien son droit après tout. J'expliquerai ce que j'en pense à travers le problème de la gestion locale pour ce que je crois en savoir, problème lié à un engagement d'une part politique, et d'autre part « désirant ». Le fait est que sur ce chantier, avec les moyens du bord, travaille une équipe musclée de compagnons (employés des services généraux) capables de faire bien une Maison de A à Z.

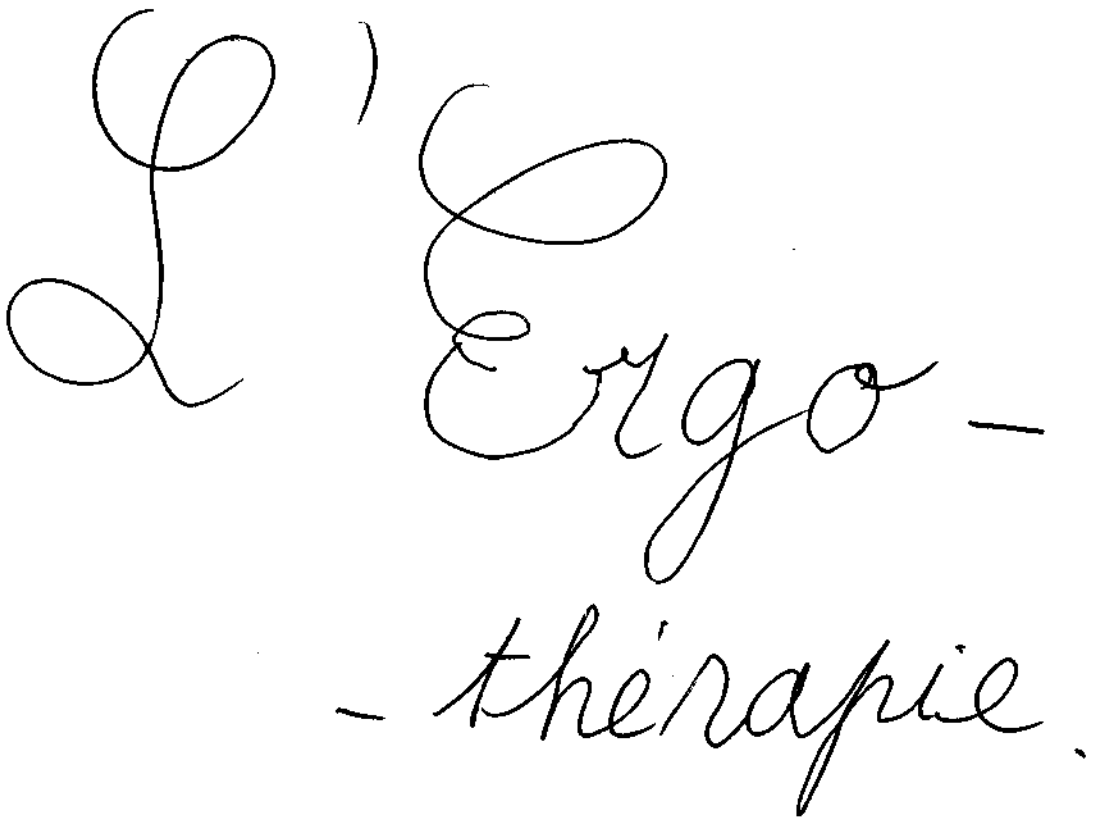
[2] Voir les projets en annexe.

14 septembre 79 : le premier wagon arrive à la clinique.

22 septembre : journée musicale, fête exceptionnelle pour l'arrivée des wagons, fête intitulée « Un soir - Un train [1] ».

L'intérêt de ce genre d'entreprise a été démontré par l'expérience du Boissier. Les pièges en ont-ils tous été repérés et verbalisés ?

[1] Pour tenter d'exploiter mieux les éléments que va apporter ce nouveau chantier, « l'Orient Express Hôtel », il est nécessaire de s'en interroger ensemble -directeur-médecins-moniteurs-malades.


L'Ergo-
-thérapie.

L'ERGOTHÉRAPIE

Tosquelles et Oury ont intégré le travail de H. Simon en Allemagne. Celui-ci est présenté au chapitre suivant [1]. Il n'est pas possible de faire ici l'historique complet de l'ergothérapie. Pour cela on peut se reporter à l'ouvrage de Tosquelles page 22, ainsi qu'à la page 06, où est dressé l'inventaire des travaux parus sur l'ergothérapie avant 1967.

[1] Le chapitre suivant résulte d'un travail que j'ai fait d'après une traduction d'un résumé en allemand.

Les conceptions de H. Simon ou « La thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique [1] »

H. Simon adopta une nouvelle orientation fondamentale en face du malade mental et proclama explicitement « que l'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapique pour obtenir la guérison symptomatique des maladies mentales ». Dans ses conférences sur ce sujet en Allemagne (1923-1926) et en Hollande (1927) rassemblées par la suite en un seul volume : (GRUYTER, éd. Berlin 1929) 1 l'auteur présenta les lignes principales du problème tant au point de vue théorique qu'au point de vue de son application à partir des questions pratiques de la vie à l'asile.

Après avoir été l'élève de Koeppe à Altacherblitz, il fut en 1905 le premier directeur de Warstein, hôpital qui fut construit selon ses directives en fonction de ce qu'il cherchait à y faire. On prévoyait à cette époque beaucoup de malades alités ; le traitement au lit (clinothérapie) était un progrès par rapport aux méthodes coercitives ; on pouvait lire alors des publications de chefs d'établissements qui rivalisaient en présentant des pourcentages les plus élevés possibles de malades couchés, jusqu'à 60 %.

> « Warstein était doté de salles de surveillance appropriées et de bains pour une population d'environ 15 % de l'effectif ».

Le vaste terrain de l'asile n'était pas encore cultivé et agencé. De nombreux bâtiments étaient inachevés ; il fallait ouvrir des chemins, remblayer partout. Son désir de terminer par ses propres moyens le poussa à faire appel dans le service à des malades flânants ou couchés et à recourir peu à peu et avec une audace de plus en plus grande à des éléments très agités. Le résultat fut immédiat et surprenant « au point que bientôt l'ambiance générale de l'établissement se modifia dans un sens étonnamment favorable » ; on y jouissait d'une tranquillité et d'un ordre plus grands qu'auparavant, et il notait la disparition graduelle des spectacles morbides habituels. Il put démontrer que n'était pas justifiée la crainte que la plus grande liberté de mouvements, de l'octroi aux malades dangereux de toutes sortes d'outils nécessaires au travail, causeraient violence et accidents.

Au contraire, les particularités dangereuses de nombreux malades, en particulier l'irritabilité et la tendance à commettre des brutalités, furent en régression et disparurent complètement, même chez les malades jusque là redoutables. D'autres malades qui, auparavant s'étaient montrés brusques, bruyants et inabordables, devinrent affables et sociables. La vigueur mentale des malades qui s'étaient montrés apathiques auparavant augmenta de nouveau et il en fut de même du rendement des équipes de travail. Jusqu'à son départ de Warstein pour la guerre de 14/18, il réussit graduellement à occuper les 9/10^{e} des malades en même temps. Pourcentage qui fait rêver ceux qui connaissent la psychiatrie d'aujourd'hui.

[1] Traduit et publié en France sous ce titre par l'Hôpital de Saint-Alban, Lozère.

En 1920, il est nommé à Guterslech. La famine a décimé la population asilaire. Le voilà avec 120 malades pour un asile de 800 places et des travaux analogues en importance à ceux de Warstein quinze ans plus tôt. « Il nous fut possible, vu le petit nombre de pensionnaires, de nous occuper d'eux davantage personnellement, et nous arrivâmes à faire travailler de façon permanente presque tous les hommes et toutes les femmes à quelques exceptions près ».

Il édifie dans son nouvel asile une organisation thérapeutique plus active, dont la doctrine sera exposée dès 1923. Inspiré par les idées anglo-saxonnes de liberté, « NO RESTREINT » et « OPEN DOOR », il reprend également à son compte les intentions progressistes de Pinel :

« Les trois maux dont sont menacés nos malades mentaux dans un hôpital, écrit Simon, et contre lesquels notre thérapeutique doit lutter sans arrêt, sont l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le *préjugé d'irresponsabilité* du malade lui-même ».

Dans la réalité de son plan thérapeutique global, Simon est guidé par trois *considérations fondamentales* :

1) Dans le psychisme de chaque malade existe, à côté d'une partie malade, une partie saine et le psychiatre doit intentionnellement négliger la première et ne pas attirer dessus l'attention du malade. (C'est ce sur quoi nous avons tablé lors de la mise en place du groupe chantier).

2) Chez chaque malade, à coté des symptômes appartenant en propre à la maladie (références directes aux travaux de l'Ecole de Zurich et de Bleuler), il y a d'autres manifestations psychiques (comportements agressifs, inhibitions, perte de la vivacité, théâtralisme, stéréotypie et manifestations à caractère anti-social) qui sont pour une part conditionnées par l'ambiance et peuvent être favorablement influencées par une *thérapeutique active*. La maladie pour H. Simon ne crée pas mais libère des types de réactions régressifs.

3) La psychologie d'un malade mental, spécialement en ce qui concerne son attitude anti-sociale, peut être comparée à celle d'un enfant et, en conséquence, la rééducation psychothérapique et l'ergothérapie se fondant désormais sur la science du développement et non plus sur les concepts et les doctrines psychopathologiques, doivent être effectuées selon une méthode pédagogique.

A travers les notions de « décapitation symptomatique » ou de « mise à l'état nu des psychoses », le comparatif « activité plus grande » signifie pour Simon l'amélioration de l'état indésirable vers lequel tend spontanément toute population asilaire [1].

Pour amener le malade à modifier sa forme de réaction, réaction qui est toujours le produit d'une relation réciproque entre le malade et le milieu ambiant, il convient d'étudier le comportement en fonction des causes qui, émanant du milieu, ont déclenché l'événement. Dans ces circonstances, les mesures à prendre ne devront pas agir directement sur le malade perturbateur, mais sur le milieu, sur la cause. Tantôt il faudra appliquer ces mesures à

[1] Voir à ce sujet les études de E. Goffmann sur l'hospitalisme et les institutions totalitaires, publiées en français sous le titre « Asiles » aux éditions de Minuit.

l'ambiance générale du quartier en question, tantôt à d'autres malades, à la conduite inadéquate du personnel infirmier et des médecins et jusqu'à celle du directeur lui-même [1].

L'organisation de l'hôpital vise à obtenir une ambiance structurée dans un milieu hiérarchisé selon les catégories de travaux de difficultés croissantes. Le but du médecin est de faire gravir cette échelle aux malades en réprimant les extériorisations les plus frappantes de la maladie et en permettant aux conduites ordonnées et sociales de s'actualiser.

Il faut lire H. Simon généreusement pour créditer sa prose ambiguë, truffée de sentiments paternalistes, de positions morales qui aujourd'hui font froid dans le dos, mais aussi d'affirmations courageuses.

> « En principe nous ne recourons pas à des moyens coercitifs pour arriver à faire travailler les malades. On nous a reproché d'isoler les malades ou de leur ôter la nourriture quand ils refusent de travailler. Quiconque connaît la mentalité des malades ne pourrait imaginer qu'un isolement de trente minutes infligé à un paranoïaque, un catatonique ou un faible d'esprit qui refuse de travailler soit suffisant pour l'inciter à reprendre sa tâche. Quant à la nourriture, c'est une déformation de la réalité. La majorité des asiles accorde, comme nous-mêmes, des privilèges et des satisfactions matérielles comme récompenses et stimulants aux malades les plus appliqués. C'est pourquoi il entre dans ces traitements de faveur des petits suppléments de nourriture, en plus du taux normal. D'autres avantages que peuvent obtenir ceux qui se comportent avec application et discipline, sont constitués par du tabac, des cigarettes, des fruits, des gâteaux, des douceurs pour les femmes, par plus d'indépendance et de liberté, par le transfert dans d'autres sections plus tranquilles et moins surveillées ».

De nos jours et partout les malades qui travaillent obtiennent des bénéfices secondaires [2] qu'il faut connaître sans pour autant tenter de les leur supprimer. Celui qui travaille au standard téléphonique passe ses communications en douce ; il peut aussi en user comme d'un pouvoir sur les autres malades.

A l'hôpital les malades sont payés sous forme de « pécule [3] ». A la Chesnaie, la pratique des « contrats thérapeutiques » subit de perpétuels glissements vers un échange de travail contre un salaire ; glissements significatifs qu'il serait trop long d'étudier ici. J'y ferai allusion à propos de l'autogestion du groupe chantier, où les pensionnaires étaient sous contrat.

Ce qui revient à l'hygiène mentale élémentaire du milieu et ce qui revient à l'action proprement thérapeutique apparaît donc comme étant distinct mais nécessairement lié. La masse amorphe des malades doit devenir un groupe avec une structure déterminée, des liaisons et des intérêts communs sous la conduite du personnel infirmier et des médecins. En conséquence la thérapeutique la plus active doit réaliser un triple but :

1) appliquer au travail les malades mentaux.

---

[1] Nous verrons que cet aspect a été négligé dans le fonctionnement du groupe chantier, et les effets que cela a produit.

[2] « Asiles » op. cit.

[3] Voir à ce sujet l'étude de Yves Racine : « Argent et échanges à l'hôpital psychiatrique », CMEA, éd. Scarabée.

2) améliorer le plus possible l'ambiance de l'hôpital.

3) pratiquer la rééducation curative en partant du principe que les malades mentaux ne sont pas irresponsables de leurs actes et de leur état, mais qu'au contraire, à l'intérieur de l'hôpital, ils doivent être considérés comme responsables de leur sort personnel.

Il préconise une resocialisation en aidant le malade à se constituer comme sujet actif dans le tissu inter-relationnel.

H. Simon considère l'hôpital comme « organisme vivant » qui peut, au même titre que les groupes les plus restreints comme l'équipe ou le pavillon, présenter une maladie dont il convient d'étudier le phénomène global pour y porter remède. Pour la réalisation de cette tâche, il préconise plusieurs règles thérapeutiques :

- collaboration de tous les membres du personnel
- pratique des réunions médecins-infirmiers-malades
- entretiens cliniques communs
- études de résistances intérieures du psychiatre et du personnel
- respect des défenses du malade en ne touchant pas directement aux parties vulnérables et en tenant compte du négativisme physiologique : pas de faiblesse envers le malade, mais développement systématique des conduites sociales adaptées que l'on exige de lui encore plus que d'un individu normal
- préparation du malade à la lutte libre de l'existence par une attitude logique et juste, exempt de tout aspect moralisateur ou charitable
- attitude non permissive sans rejet, en allant au-devant des progrès réalisés par le malade
- optimisme thérapeutique sans manifestations d'angoisse devant les troubles du comportement
- valorisation des malades par leur participation au fonctionnement de l'hôpital.

Dans ce plan psychologique psychothérapeutique, le médecin doit être un relais « impersonnel » qui permet au malade de reprendre en mains son sort et la responsabilité de son bien-être subjectif. Le médecin doit, cependant, s'engager personnellement et déterminer les facteurs de milieu qui influencent le comportement des malades. Simon rejette l'esprit de système. Sa thérapeutique est indiquée pour les psychoses aiguës autant que pour les psychoses chroniques. Elle s'articule à l'assistance familiale extra-hospitalière l'assistance psychiatrique, aux sorties d'essai, etc. Elle se combine aux traitements biologiques (médicamenteux, physiothérapiques) et aux méthodes classiques (clinothérapie, isolement, etc.) adaptées au nouvel esprit. L'organisation technique doit être nuancée en fonction des particularités locales de chaque service.

En résumé, selon Simon, la thérapeutique passe par trois stades :

a)liberté (*open-door*, *no restreint*) mais qui, en tant que moyen auxiliaire en psychiatrie, ne doit jamais en venir à se confondre avec le simple laisser-faire.

b)responsabilisation par la thérapeutique plus active en privilégiant le travail.

c)maîtrise psychothérapique du milieu avec étude des résistances émanant du personnel et du milieu.

Cela implique dans l'institution l'existence d'un appareillage technique spécifique permettant les échanges à tous les niveaux, bien sûr, mais surtout dans une relation désaliénante de sujet à sujet.

Conditions pour l'ergothérapie

Tenir compte de :
1° Contexte social extérieur. Actuellement : surproduction – chômage – stagnation économique.

> « De fait, la mise en place d'un appareil intra ou extra-hospitalier d'ergothérapie, reste toujours sous la dépendance et se modèle, sans toutefois s'y mouler exactement, avec l'événement social extérieur. Les styles de vie et les problèmes économiques globaux de la société globale, dont l'hôpital est partie, les événements politiques qui viennent la ponctuer parfois d'une façon dramatique, viennent fatalement donner une certaine forme à l'appareil de soins ».
>
> F. Tosquelles [1]

2° Qu'est-ce que le travail, exigence dont chacun aimerait tant pouvoir se passer ?

> « Il faut avoir une connaissance précise du rôle du travail dans le processus d'humanisation de l'homme, processus commun à tous, mais qui est particulièrement *mis en question* [2] *et en échec dans la maladie mentale*. Processus d'humanisation qui s'articule dans l'activité humaine, notamment en tant que le travail comporte d'une part des types particuliers de coupure, de division, de partage, et de distribution des tâches, entre des partenaires présents et absents. D'autre part, le travail fait surgir des conflits, leur fournit l'occasion d'une manifestation socialisée et exprimable, et constitue de lui-même un tiers médiateur indispensable à l'évolution, aux dépassements et aux changements de plans où ces conflits peuvent prendre racine et se manifester. Ce n'est que dans une telle perspective de la "science du travail" que peuvent apparaître nettement les articulations entre ce qu'on appelle aujourd'hui les études sociologiques et la psychanalyse.
>
> On comprend qu'une telle perspective soit indispensable à toute pratique psychiatrique qui prétend utiliser le travail en thérapeutique ».
>
> F. Tosquelles

3° A l'intérieur de l'institution ce qu'il ne faut pas faire :

> « Il y a un danger extrêmement fréquent de glissement de la technique ergothérapique. Parce que sans s'en apercevoir, on en vient à ce qui se passe dans les asiles habituels. Il y a les "bons travailleurs". Les "bons travailleurs", vous savez ce que c'est ? Il y a le quartier des agités, le quartier des gâteux, le quartier des je ne

[1] C.E.M.E.A.
[2] C'est moi qui souligne.

sais quoi, et puis il y a les bons travailleurs. Il y en a beaucoup dans un asile important, de ces "bons travailleurs". Ils font un drôle de travail, à tel point que si on supprimait les bons travailleurs, les finances de l'hôpital s'en ressentiraient énormément. Parce que c'est du travail très important, variable suivant la région : travail agricole, maçonnerie, confection de meubles, etc. Ça ne coûte pas cher.

Il ne faut pas tomber dans ce travers. C'est délicat, c'est difficile. Il est certain que si les gens qui sont là font le travail, même avec des moniteurs, ce sera un *travail efficace* ; il faut honnêtement se poser le problème. Ils sont hospitalisés ces gens là, il n'y a pas de contrat de travail avec eux, et les voilà qui travaillent, qui font la cuisine avec les cuisiniers. En même temps, on ne peut pas les payer. On ne peut pas donner un salaire à quelqu'un qui est hospitalisé. Si on le paie à bas prix, on dira : c'est honteux. Un type un peu fier vous dira : "je n'en veux pas de votre argent, c'est de l'exploitation"… Il ne faut pas tomber dans cette hypocrisie qui consiste à dire : "Ah, mais vous faites de l'ergothérapie, hein, ça vous soigne. Vous devriez même nous payer pour faire notre travail de cuisine ou de ménage".

Evidemment, dans la société où l'on est, il y a des contradictions, ce n'est pas facile. Il vaut mieux s'occuper que de rester à rien faire ».

J. OURY - Recherches n° 21 - p. 326

4° Reprise de parole basée sur un objet.

Oury dénonce bien les dangers du travail ergothérapique :

« Ses dangers, et ses déviations, plus graves encore. C'est pourquoi le travail n'est pas une fin à la Borde. C'est un instrument… pour "parler". C'est pourquoi, attenant à chaque atelier, il y aura un comité d'atelier. Le travail, l'activité est une monstruosité s'il n'y a pas une instance où moniteurs et pensionnaires "reprennent" par la parole le style de fonctionnement de l'atelier, les rapports entre les personnes, les difficultés que peuvent éprouver les pensionnaires, etc. C'est un biais pour engager une relation de parole. Mais inversement cette relation de parole est une absurdité si elle ne s'appuie pas sur une activité réelle, si elle ne repose sur rien.

On tombe alors dans une mystification de la parole dont l'exemple le plus connu est le type de fonctionnement des groupes Balint : la parole tourne sur elle-même, ne s'accroche à rien ; le groupe se sclérose, faute de projet.

La psychothérapie institutionnelle mêle indissociablement les deux choses : pas d'activité sans comité où elle puisse être "reprise", pas de parole sans activité qui la fonde ».

Recherches, n°21 - p. 327

L'exigence de la reprise de la parole avec l'obligation de réunir les comités d'ateliers tend à être négligée à la Chesnaie…

Le groupe chantier a évité cet écueil.

5° Un objet qui a une valeur collective.

> « Il s'agissait en dernier ressort de faciliter à chaque malade la possibilité d'avoir une idée claire de son travail comme situé dans un "ensemble" de travaux, lesquels, par eux-mêmes, définissaient ce qu'il y avait de plus "actif" dans cette véritable "thérapeutique institutionnelle".
>
> C'est dans cette perspective – qui n'a rien à voir avec les économies que le travail des malades peut permettre à la collectivité soignante – que l'on peut comprendre les succès de l'ergothérapie, que tout le monde a pu constater pendant les périodes *d'aménagement, de reconstruction, ou de ravalement des hôpitaux* [1]. Le travail prend alors un *sens d'ensemble pour les malades*, bien plus aisément que lorsqu'on effectue seulement des travaux, même très réussis, d'une façon isolée. Faire de l'effilochage, déchirer du papier, ou même faire des confettis avec des malades très diminués peut, en soi, parvenir à les rendre plus "vivants", mais cette tâche ne peut prendre urbi et orbi ("dans la cité et dans le monde") que si, dans l'hôpital et puis... ailleurs, il existe des "fêtes" où le confetti devient une valeur, et se consomme ».
>
> F. Tosquelles

Une monitrice de la Chesnaie à propos du chantier : « la tâche les "accrochait" ; il ne s'agissait pas de peindre ou de faire du rotin pour s'occuper, ils participaient vraiment de façon suivie à un projet concret. C'était la vraie vie du dehors transplantée dans l'établissement et tout le monde pouvait y participer ».

Et puis c'était pour un bâtiment dont on avait besoin pour y faire des choses sur place.

[1] C'est moi qui souligne.

Le Boissier

En guise d'introduction au Boissier.

Je suis arrive à la clinique en même temps que les architectes, en mars 73.

Je travaille au Boissier en automne pour « encadrer » les malades. En fait je le suis trop moi-même (malade) et je bricole briques et béton dans mon coin. D'octobre 74 à septembre 75, je travaille au groupe chantier, participation active cette fois, passionnée même. Mi-78, quatre ans après mon travail sur le Boissier, une question m'interpelle et insiste : le Boissier, ça soigne qui, comment ? Ça soigne qui ? Moi, ça m'a soigné (et par projection : ça m'a soigné, donc ça soigne les autres), proposition illicite mais présente.

Pourquoi, comment ? Peu à peu je prends conscience d'un fait : je l'aime cette maison. Il faut dire que j'y travaille de nouveau, au bar, au bureau du club. J'essaie d'améliorer le confort, la décoration, l'animation. Je l'aime cette maison, après avoir pesté, tempêté contre ses aberrations, pas de chiottes, pas d'eau à l'étage, un chauffage aberrant ; l'hiver dès qu'il gèle, on grelotte au rez-de-chaussée (5° enregistrés) et on étouffe en haut, au bureau (25° en ouvrant les vasistas), gaspillage incroyable de mazout.

Une cheminée qui brûle le bas, réchauffe le cœur, spectacle permanent et qui fume, et qui fume, pique les yeux. *Contrastes – Paradoxes*.

Malgré tout je l'aime cette maison, ses arcades vitrées aux découpes originales, etc. etc.

Pendant un an, choisie pour sujet de mon mémoire de DESS, je rumine la question, accumule les documents, lectures, citations, interviews. Péniblement.

> « Il faut bien vivre au temps de la machine, des pièces détachées » et du futur à la petite semaine… il faut avoir les moyens de la production, même ceux de l'anti-production comme on dit… et ça, c'est pas de tout repos… Un fil tendu vers la vérité. La vérité c'est pas brillant, c'est plutôt con ; un mi-dire… »
>
> J. OURY - P et P I, p. 315

Puis, à la veille de rendre le travail empaqueté, suivant un plan détaillé décousu, je comprends enfin. Tout s'éclaire et remet le principal en question. Plan à revoir-mûrir l'idée nouvelle pas le temps… on verra…

En gros : le Boissier, ça soigne, mais seulement certains, et moins que je ne me l'étais imaginé : la restriction vient d'un « manque à comprendre » qui persiste tout au long de l'histoire, à l'insu de chacun de nous. Que ça soigne, et à quel point, c'était secondaire effectivement. Ce qui était important, *c'est que ça vivait, ça vit encore*.

Le Boissier et toute son histoire, *c'est du matériau vivant* et ça produit de l'objet – de l'histoire,

Ça vit – ça meurt – ça bouge – ça déconne – ça rigole – ça provoque : ça donne de la matière, ça passe le temps, ça structure, ça décompense, ça se mystifie, c'est limité, c'est

humain, ça échappe, c'est incontrôlable, ça force les échanges, ça ne laisse pas indifférent. On vient le voir, on filme, on interviewe.

C'est limité mais ça vit et ça peut se comprendre, pourquoi c'est limité : parce que c'est au ras des pâquerettes (jolies), au ras du fantasme de la demande mal formulée et incomprise, la folie en a fait son affaire, elle y a le droit d'asile et d'échange avec le milieu extérieur qui y vient au spectacle côtoyer « les fous ».

Fascinant, déroutant, étrange à l'étranger comme l'est la folie. Familier, charmeur, divers aux malades, ceux qui sont un peu dérangés ; ils s'y retrouvent mieux que quiconque. Même s'ils n'y produisent pas plus que leur pathos, ils y ont droit d'asile, droit sacré.

Lieu de la différence d'avec les murs ripolinés médicalisés du château.

C'est de l'autre côté de la route.

Altérité nécessaire dans un établissement de soins où le pouvoir est comme il se doit, médical, mais se donne les moyens d'être contesté ailleurs, sur un autre terrain, celui de l'architecture, pas partout dans la clinique, pas n'importe où, au BOISSIER seulement. C.B. : « Il nous a laissés entièrement libres ». J'ajoute : libre d'exprimer là nos fantasmes et, bon an mal an, il nous en a donné autant que nous en avons pris les moyens.

Au Boissier, moins de barrières soignants-soignés ; la règle est de ne pas nuire à l'autre. Lieu du jeu, de la mise en scène, musique, danse, de l'ivresse du dimanche midi quand avec l'apéritif, le BAR-BITURE-HIC. Liberté des cinq tasses de café quotidiennes du schizophrène stabilisé – certainement en rapport avec la tasse de Nozinan le neuroleptique qui tasse.

Atelier théâtre, celui du dessin, de l'expression corporelle, y sont installés. Est-ce que ça soignerait indirectement ? On s'en fout, seule règle : éviter de nuire à l'autre.

Je le savais, je l'appliquais depuis un an sans m'en rendre compte.

La présence des malades au Boissier, comme celle des soignants, est une trêve dans la journée. Certains soignants se gardent d'y mettre les pieds ; pour eux, c'est un lieu de perdition.

Lieu du désir et du fantasme à l'état brut, non balisé, sans garde-fous. On comprend bien que certains névrosés mal défendus restent à distance, ils ont raison pour eux

D'autre part, qu'on me cite un seul malade qui n'y ait jamais mis les pieds. Pourtant, aucune activité n'y est obligatoire.

Lieu de perdition, de l'hystérie, sans garde-fous, pourtant rien de vraiment dramatique ne s'y passe, à deux exceptions près, nous verrons dans quelles conditions.

Le Boissier

Dr Y. Laval, psychiatre-analyste, qui travaille dans un établissement voisin :

« L'originalité de la Chesnaie tient beaucoup à cette architecture, qui a l'air très liée à une défense angoissée de la destruction par le feu ; ce serait une réponse, une fuite en avant

contre les atteintes qu'il pourrait y avoir sur l'architecture, comme une protection, une réparation symbolique, un exorcisme ».

Je m'interroge sur la répétition du signifiant *bois*. En effet : le Boissier, bâtiment où sont nées deux associations, le « Boissier », dont le siège est maintenant ailleurs, et « La Boissinoise », qui organise des concerts au Boissier. Récemment, à 80 km d'ici, les copains des foyers thérapeutiques fondent l'association « Le Boisseau »… et pourquoi pas un jour « La Buissonneuse » (mateuse ?), sans compter la Chesnaie (les chênes).

Simple manque d'imagination ?

Y. Laval : « Les répétitions signifiantes viennent aussi comme un treillis défensif sur l'émergence d'autres signifiants plus primordiaux qu'il faudrait chercher dans l'histoire du fondateur et des origines de l'établissement… La névrose est une entreprise d'occultation du signifiant ».

Alors ? Simple manque d'imagination ou peut-être surenchère pour tenter de recoudre des blessures [1] ? Les nombreux incendies qui ont, tout au long de son histoire, blessé la Chesnaie… et aussi les 50 hectares de chênes qui ont été « ratiboisés », abattus et vendus la veille de l'achat de la propriété pour y installer la clinique.

Le Bois signifiant local, collectif, le bois, matériau doux – plaisant à travailler – chaud – brûlant même, facile à réduire en cendres, à anéantir. Une précarité qui a peut-être à voir avec la précarité de l'existence psychotique – la précarité de l'établissement en tant que lieu de recherches, un des derniers bastions de la psychiatrie institutionnelle. Etablissement mal vu par l'ensemble de la psychiatrie publique et tenu pour négligeable par le ministère de la Santé.

> « Son économie est liée à la sécurité sociale, qui paie les services qu'elle identifie selon sa propre nomenclature adaptée à l'hospitalisation privée classique. C'est à dire que l'essentiel est méconnu, non dit, non existant, hors de toute prise en considération possible à quelque niveau que, ce soit dans la hiérarchie administrative ».
>
> C.J. – décembre 71

Précarité partout, mais obstination et défi.

Le bois, en mettre partout, en tapisser les murs et les plafonds du Boissier, ne serait-ce pas un défi au feu ? Feu de l'enfer et de la folie, feu dévastateur.

Défi à la mort – les fenêtres du bureau du club surplombent de huit mètres la dalle de béton, piste de danse.

Risque calculé : tant que le bureau du club là-haut sera bien investi… respecté.

Risque calculé – la charpente « toutes les pièces maîtresses en bois de chêne tiendront suffisamment longtemps à l'incendie » (l'architecte).

On a obtenu le permis de construire, et Dieu sait si ils sont tatillons !

[1] Broder par-dessus...

Le Boissier défi au feu, à la mort, défense contre l'angoisse…

Mais lieu d'autres choses aussi… vie.

Matériau, pâte à pétrir, en sortir quelque chose par nous-mêmes, nous les fous les persécutés dans le même panier poubelle de l'appareil psychiatrique. Travailler, produire, faire beau « une saisissante beauté », prouver se prouver que nous aussi on peut bâtir et même bâtir *autrement*.

Bouillonnement – ruche – besogne, agitation, passages à vide – autant d'actions vivantes, vitales, dont on verra les limites et blocages au fil de ces pages.

On s'agite on s'engueule on s'aime on se fâche et dans ce vacarme on produit un bâtiment *étrange* alors que les plans prévoyaient un Boissier beaucoup plus classique.

> « Ça a l'air d'une chapelle. Mais d'une chapelle un peu vérolée : des portes en arcades et un éclatement de fenêtres tissant un patchwork d'ouvertures. Une verrue cubique a poussé sur un plan de toit et des demi-sphères de plexiglas bombent leur oeil terne aux quatre points cardinaux ».
>
> Magazine LE SAUVAGE (1974)

BRIBES ET MATIERES [1]

Petit Boissier.

Chacun de leur coté Jean-François et Dominique ont mastiqué les carreaux, pendant un mois.

Les moineaux par les rudes hivers en sont friands.

Mastic = huile de lin + blanc de Meudon.

végétal + minéral.

Mastic : matière

C'est malléable, ça colle aux pattes.

Caca de nourrisson. Domestiqué, recyclé, pour faire tenir les vitres de la maison et nourrir les petits oiseaux en hiver.

Il se pose à l'extérieur.

À l'intérieur de la maison – espace fœtal.

Depuis l'intérieur, à l'abri des courants d'air, on peut voir à travers les vitres passer les gens, le vent, la vie qui va…

Toit de planches couvertes de papier goudronné, au milieu des arbres.

Roland et Fred ont passé des journées entières dans les arbres, perchés sur le toit du petit Boissier, occupés à goudronner les jointures, afin que la pluie ruisselle dans le sens de la plus forte pente du toit sans pénétrer dans la maison. Goudron fondu, réchaud, café chaud, c'est noir, ça cale et ça sent bon.

Des journées entières perchés dans la verdure afin que la pluie ruisselle du bon côté, à l'extérieur de la petite maison dans les bois.

Malgré cela, ça goutte, à deux endroits, alors quand il pleut on ne s'asseoit pas là. Ça goutte et ça fait des TRACES sur la caravane, au plafond.

[1] Ce texte a été écrit au verso de la page 35 du document dactylographié. Il est donc reproduit ici et non en annexe.

Le Boissier – symboles – échanges – langage.

Quand un groupe construit un espace de rassemblement de ses membres tous les *enjeux symboliques* de vie, de mort, de sacré y sont marqués. Par exemple les églises, les salles des fêtes communales, sont soumises à cette règle. Le Boissier création collective oui, mais pour se défendre individuellement de l'angoisse, et c'est un lieu d'échanges, les enjeux symboliques ; le symbole est bien un système d'échange. Le Boissier est un lieu d'échanges, un lieu d'investissements. Les investissements se font en fonction d'une règle qui est implicite, la règle de création. On n'y fait pas n'importe quoi. Chacun se reconnaît dans le Boissier, à ce titre c'est une création de symboles.

Le Boissier a son histoire, ses investissements affectifs, ses enjeux symboliques. On n'y fera pas n'importe quoi. Il y a une mise en commun d'élaboration, chacun y est quelque part complice, même les plus résistants, les plus défendus, puisqu'ils n'y ont pas mis le feu, ils ont fini par s'y faire, mine de rien.

Les demandes qui vont s'agencer par rapport à cet objet collectif auront une base commune : le fait que ce lieu là aura été introjecté de la même manière par le collectif.

Au titre de symbole, les gens qui y passent l'investissent avec un certain respect.

Un lieu d'investissement démoïsé, capable de susciter des productions originales, là où chacun peut trouver un manque à combler : le chauffage à terminer, ou plus simplement des courants d'air à boucher, ou plus simplement venir y jouer.

Réalisation supplétive de l'angoisse ? Chacun en tout cas y trouve son compte, sa fierté.

Le Boissier se dresse à l'entrée de la clinique. Symbole phallique certainement, expression, dans sa structure, des fantasmes de l'architecte créateur :

Le fait ici est qu'à un niveau secondaire, quand on y regarde de plus près, on y trouve une diversité de symboles. Un langage symbolique fait d'éléments hétéroclites.

C'est ce qui fait sa richesse et elle résulte d'une direction pas trop surmoïque.

Du temps des élèves architectes, la règle était que chaque modification au plan initial devait être présentée au groupe d'architectes, plus pour y être enrichie que pour être censurée puisque « tout était permis à la condition que le créateur aille jusqu'au bout de la réalisation de son trajet » (Boiscuillé).

Oury parle de créer des lieux d'investissements démoïsés [1]. Il dit que dans les institutions, les affrontements phalliques bloquent « l'opération de réversion du désir [2] ».

[1] Oury parle et écrit des tas de choses bien, n'en déplaise en haut lieu. Il a su cultiver son fumier. 35 ans d'expérience ; il produit de l'écriture. Ici on produit de l'architecture et aussi d'autres choses... Bien au-delà des rivalités de clocher, il y a une émulation, peu de collaboration, mais un cousinage implicite entre le personnel des deux cliniques. Les deux établissements produisent.

[2] Possibilité pour les individus soignants ou soignés, de passer entre les mailles de « l'encadrement » et du pouvoir, et de créer de l'imprévu toujours très fragile à se révéler.

Ce désir est marqué partout au Boissier, dans chaque détail d'architecture, sous forme de fantasmes. Le fantasme n'est-il pas l'expression d'un désir. Dans les sculptures sur bois, sur béton, sur carrelages.

Quel désir ? quels désirs. Ce mot circule, mal défini, ambigu, chuchoté sur le chantier, dans les couloirs du château, et devient TABOU dès que l'on s'approche du bureau directorial.

O grand Boissier [1]

O miroirs scintillants des plafonds suspendus
Qu'on enjambe
O cabine à tiroirs des escaliers secrets
Qui tourniquent
O l'horloge, pointeuse à l'usine des fantasmes
Démasqués
O Janus à ressort qui sourit aux éclats
Et qui pleure
O lampes bariolées à la scène en guirlande
Qui attend
O trésors enfouis dans le ciel qui se cabre
Par endroits
O fenêtre invisible au regard d'épouvanté
Par grands vents
O typhons en-dedans à l'autre extrémité
On peut croire
O cheminée rustique où change le décor
A l'entracte
O la poutre maîtresse et la tête à l'envers
Du pantin
O l'étrange extincteur à l'affiche mouvante
O portières
O les angles udéefs haut les mains O la caisse
Des dépôts
O l'armoire O le bar O la bière Oh là-haut
Sous-marin
O diapos O les films O les fleurs O les murs
O cliniques
O les rats et les oies ciels couleurs d'incendie
O grand Boissier

[1] Ce poème se trouve au verso de la page 36 du document dactylographié.

G.B. Poème extrait de
« Manuscrit trouvé à la Molinière » – Présenté à l'EPIC.

BRIBES [1]

> – Laine de verre – peinture – vernis – abrasif – décapant – structures métalliques. – Échafaudages – y grimper comme un singe – vertige – Jean-Claude travaille sans filet avec des malades psychotiques, à huit mètres de hauteur, en équilibre peu stable, sur un échafaudage qui se balance doucement – ça oscille. Jamais rien, même un outil, marteau ou tenaille, n'est tombé du haut de cet agencement de tubes et de cordages.

Un peu plus loin, au château, la chute des corps continue, répète, perpétue, son expérience toujours a recommencer.

> – Ignifuge – Séchage – deux couches transparentes. Le Boissier, bois habillé de bois. 600 mètres carrés de frisette, lambris, parquets, masquent les chevrons, couvrent une partie des murs – Frisette verticale ou oblique, recouverte de deux couches de produit ignifuge transparent – 2 400 mètres carrés caressés au pinceau par les membres du groupe chantier.

Travail de fourmi, illusoire, pour reculer l'éventualité d'un incendie. Avec l'ignifuge, ça brûle quand même, mais ça prend moins bien.

[1] Ce texte se trouve au verso de la page 37 du document dactylographié.

Traces – Repères

Je me souviens qu'au chantier, j'avais beaucoup de liberté : « ici tu vas faire des gradins, tu te débrouilles ». On ne m'avait pas parlé du nombre de marches ni de leur profondeur.

Alors j'ai fait de mon mieux, je me suis renseigné par-ci par-là, et voilà.

Aujourd'hui ce sont *mes* gradins, j'en suis fier et peu m'importe si un autre à ma place eut mieux fait. Personne ne s'en plaint. Ils me plaisent. L'objet persiste pour moi comme un repère, une trace preuve de mon existence.

Aujourd'hui le Boissier pourrait brûler. Il a satisfait à sa fonction principale : que les individus, la collectivité, se coltinent la matière et en fassent quelque chose de concret, et, si possible, apprennent à vivre à travers la multiplicité des échanges inter-humains que la construction a exigé.

S'il brûlait, ce serait comme le château de sable de notre enfance quand la mer remonte. Ce serait triste, sans plus. Une TRACE effacée, disparue, perdue, une de plus. Se pourrait-il que l'on en perde aussi l'enseignement ? NON.

D'ailleurs, il est resté plusieurs fois en panne, ce qui prouve que ce n'est pas une réalisation trop obsessionnelle. Dès qu'il a commencé à projeter son ombre sur l'institution, dès qu'il a trouvé ses bases structurales, il a pu s'arrêter un temps, un peu comme une analyse. Si bien qu'on a même du mal à le terminer, un peu comme une analyse.

Hop, on passe aux wagons.

Boulimie de l'espace. Le temps qu'on s'y repère et hop, on passe à autre chose.

Le Boissier a permis à ceux qui l'ont touché de se repérer dans l'espace pour les plus fous, dans leur histoire pour les autres.

Pour eux les traces matérielles peuvent disparaître, les repères REPERAGES-BORNES qui leur ont servi à « débrouiller » leur histoire ont joué leur rôle.

Histoire des individus inscrite dans l'histoire de la construction du Boissier, c'est ce qui compte le plus.

> C.B. – « La production qui s'adresse à tout le monde ici, c'est une *histoire*. Ce n'est pas forcément le fait d'avoir pu y faire quelque chose à son idée mais le fait d'avoir été l'un des acteurs de l'histoire. Tous les étudiants le revendiquent ».

La plupart des moniteurs et des malades aussi. Au-delà de la représentation sociale d'avoir participé à « une chouette histoire », certains en ont tiré un bénéfice, celui d'avoir en même temps débrouillé un peu leur propre histoire.

Le Boissier aujourd'hui satisfait aux besoins.

Sa force est justement de n'être jamais fini. Il reste un ensemble d'espaces dont certains sont vacants où le désir peut s'investir. Untel voudra aménager tel espace, il y posera sa

marque. Il lui faudra imaginer comment raccommoder cet espace à sa convenance, et selon ce qu'il désire y faire, y vivre.

Les nouvelles générations peuvent laisser leur trace.

Véronique veut utiliser la terrasse au-dessus du bar pour un atelier de patchwork :

- c'est trop sombre, il faudrait un ou deux « vélux » (vasistas) dans le toit.
- l'électricité est au stade de l'ébauche
- il faut meubler le volume pour se sentir un peu chez soi
- il faut isoler

Véronique prend quelques notes et se rend à la commission Aménagement qui réunit une fois par semaine l'architecte, les compagnons menuisiers, le médecin-directeur, un ou deux moniteurs, celui du Bureau Permanent dont le rôle est de prendre des notes, publier les compte-rendus de réunions et tenir les archives.

Véronique présente son projet et s'entend dire : « c'est déconnant ça coûterait trop cher, le planning est déjà surchargé. »

Si Véronique est persuadée de l'opportunité de son entreprise, elle va s'accrocher, reviendra la semaine suivante, proposera de faire une partie du travail elle-même avec les malades (trouver des meubles, convaincre un moniteur bricoleur de l'aider).

Stagiaires, moniteurs, suivis de leurs pensionnaires « transférants » bricolent l'électricité, accrochent des tentures et ouvrent l'atelier.

L'un ou l'autre des maîtres d'ouvrage passent et disent « les tentures ce n'est pas possible à cause du feu ». On décroche les tentures ; l'atelier reste ou s'en va ailleurs. Jusqu'au jour où il s'éteint de lui-même.

Bertrand l'architecte crayonne des esquisses, en discute avec les compagnons, avec la monitrice ; on trouve une solution simple et belle, compromis, l'esthétique avant tout.

Le couvreur vient poser les « Vélux ».

Véronique a fini son stage, elle voudrait revenir l'an prochain. « On verra ; attends, prends un peu de recul, puis tu écriras à l'embauche. »

Véronique est partie, l'espace est aménagé, plus « délimité » que clos ; un atelier de peinture sur soie pourra venir occuper le lieu à présent plus élaboré.

Mais rien ne garantit rien. Tout ici est précaire, il ne faut pas se leurrer et croire que l'on pourrait faire « tellement mieux, si… » (avec des si…).

Les espaces et les règles institutionnelles sont parsemées de trous. Ce n'est pas rassurant ni de tout repos ; s'obséder à parfaire l'espace et légiférer nous conduit à l'asile où justement tout est fait pour que rien ne bouge. Il faut des trous pour que ça bouge.

Oury compare l'institution au jeu de taquin : une case est vide et c'est elle qui permet le mouvement.

Le Groupe Chan-
-tier

Le groupe chantier et quelques remarques sur les mécanismes de fonctionnement des groupes.

Il y a eu d'abord le groupe des élèves architectes, puis le groupe moniteurs-malades et deux architectes.

Comment la transition s'est-elle opérée entre les deux équipes ?

> C.B. – « Si vous voulez, dans la première période, les malades avaient la chance d'être intégrés dans un groupe neutre, laïque, qui se préoccupait plus de production que de thérapie. Dans la deuxième période, passionnante, notre préoccupation a été surtout de ne pas faire trop belle la part du discours médical, et de ne pas transformer notre production en atelier d'ergothérapie. La seconde équipe était composée de malades, de soignants, et d'un ami architecte, Bertrand de Guibert.
>
> Le gros changement entre ces deux périodes ? C'est la prise en compte des soins de la maladie mentale. Le groupe ne se contentait pas de construire, il faisait son ménage dans les chambres, il discutait les ordonnances, les sorties, l'argent, les soins. Quand l'un d'entre nous n'allait pas bien, c'est à l'ensemble du groupe qu'il incombait de faire le nécessaire [1]. »

Le premier groupe chantier a fonctionné huit mois avec la même équipe de soignants, incluant les deux architectes. Les malades ont très peu bougé.

Il est difficile de donner des chiffres précis, le groupe n'a pas constitué d'archives. J'évalue à un tiers le volant de pensionnaires qui changeaient. Certains ne faisaient pas partie du groupe, mais venaient irrégulièrement travailler dans la journée. Les femmes y étaient en faible minorité : 3 sur 10 soignants, 3 sur 20 pensionnaires.

Très rapidement le groupe s'est structuré et organisé, géographiquement même, avec le regroupement des chambres des pensionnaires sous un même toit pour faciliter le réveil et, plus tard, certains repas.

Groupe de soins, ou groupe de production ?

> C.B. – « Très conscient du fait que les "artisans" de cette nouvelle équipe sont là pour se soigner, je suis néanmoins tenu de soutenir le discours de la productivité et de la rentabilité, pendant que d'autres se réfugient en toute bonne foi dans le discours médical. Chaque médecin "place" ses patients en fonction du bien qu'il pourra en tirer, mais il n'est venu à l'idée d'aucun des membres du personnel médical qu'un groupe sans médecin attitré peut être viable sur l'échiquier de la clinique.
>
> De fait, la présence d'un "médecin du travail" fait que la tentation est grande pour un pensionnaire de se faire prendre en charge ».

[1] Tiré d'interviews parues en 75 dans *Architecture d'aujourd'hui* et *Architecture d'intérieur*, magazines spécialisés.

Nous redoutions que la présence d'un médecin dans le groupe appelle à l'inflation de demandes de soins mal formulées ou sans objet urgent. Autrement dit, les malades n'auraient pas été mieux soignés et la production aurait diminué.

Au cours de deux réunions extraordinaires de l'équipe soignante, ce problème a soulevé des réactions violentes, un durcissement de l'attitude du groupe tendant vers une situation paranoïaque du style « c'est nous les meilleurs ». L'enjeu, bien que cela ne soit pas dit, n'était pas sans rapport avec la lutte sournoise franche ou inconsciente contre le pouvoir médical.

Le groupe chantier a remporté la victoire comme s'il s'agissait d'un rapport de force, emportant l'adhésion de tout le personnel hormis celle des médecins.

J'ai su longtemps après (il y a quelques mois), que le médecin-directeur et l'architecte s'étaient mis d'accord dans ce sens. Ils s'en étaient cachés pour éviter une intervention autoritaire qui aurait pu être mal vécue par le personnel, médecins y compris. De plus, la demande bien compréhensible des médecins de sortir de leur bureau en venant au chantier pouvait être déviée : faites de l'institutionnel ailleurs qu'au chantier. Inventez autre chose.

> « Le médecin ne peut être en position interprétative que s'il parvient à se dégager de son statut et de sa fonction, s'il n'adhère pas à son personnage… s'il ne se prend pas pour le médecin-chef ou le médecin-directeur [1]. »
>
> Jean AYME.

Avec le temps, on s'est mis d'accord pour tenter une solution sans médecin. Les moniteurs prendront la responsabilité du groupe de 8 heures à 21 heures. Tous les problèmes y compris les médicaments seront discutés et décidés quotidiennement en groupe. Les médecins seront consultés selon la convenance des pensionnaires et, en général, avec les moniteurs de préférence.

Après quelques mois de fonctionnement, le groupe chantier est complètement intégré dans ce « jeu de l'oie » qu'est la clinique : un, deux, trois, avancez à la case insuline ; quatre, cinq, six, revenez en cure de sommeil ; sept, huit, neuf, travaillez quelques mois au chantier ; dix, onze, douze, travaillez quelques mois au club… treize, sortez de la clinique.

Pendant longtemps ce groupe sera considéré comme le bon groupe, la seule chose qui marche dans la clinique. Les demandes affluent pour y placer des malades, les soignants regrettent de ne pas avoir été « élus ».

Le fait est qu'on y travaille très sérieusement et dans la bonne humeur. Prise en charge à tous les niveaux, on ne compte pas ses heures, on y apprend à travailler de ses mains et l'on voit le résultat concret de son travail : le bâtiment avance. On a terminé le petit Boissier, qui est devenu notre QG.

On arrive même à un style d'arrangement communautaire avec le *fric* :

Comme presque tous les malades qui travaillent dans la clinique, ceux du chantier ont un contrat, ils touchent un peu d'argent.

[1] Cité par D. Sabourin, Recherches spécial P I, mai 70, p. 57.

La clinique alloue une somme globale pour les contrats ; cette somme est répartie dans les différents secteurs d'activité : tant pour la salle à manger, tant pour le standard, etc. Chaque secteur distribue l'argent entre les malades sous forme de « contrats thérapeutiques », où c'est l'effort du malade qui est payé, et non pas son travail.

Il arrive que l'on paye un malade pour qu'il travaille moins, si l'on estime que c'est judicieux.

Le groupe chantier obtient 500 francs. Comme la clinique ne peut pas verser directement l'argent, on trouve un biais : la somme est divisée par le nombre de malades et versée à leurs noms à la caisse de dépôts, qui reverse globalement au trésorier du groupe.

L'emploi de l'argent est discuté au sein du groupe. Un malade touche ainsi plus de la moitié du budget global pour se rendre à ses séances de psychothérapie à Paris.

Peu de demandes d'argent arrivent, celles qui arrivent sont-elles jugées injustifiées ?

Toujours est-il que l'argent s'accumule dans la caisse commune. On fait un banquet au restaurant, autant pour sortir que pour dépenser cet argent dont on ne sait que faire. La rétention financière est à mon avis un phénomène que l'on retrouve souvent dans les associations à but non lucratif.

Avec le groupe chantier, ce n'est pas là que le bât blesse ; ce serait plutôt que, dans le feu de l'action, on néglige les relations avec le reste de l'institution.

Aucune loi n'est appliquée autoritairement pour nous obliger à rendre compte de notre travail auprès des malades, on nous fait confiance.

Nous venons volontiers à une invitation à une séance de « dossiers » qui réunit tout le personnel, et nous parlons de nos malades. Un médecin s'étonne d'une connaissance aussi approfondie des cas.

Le temps est au beau fixe. Nous n'avons pas du tout conscience de ce qui, souterrainement, est en train de se jouer.

Sans que l'on s'en rende compte, les malades vont devenir les enjeux de conflits ou copinages, relations interpersonnelles, où, par le simple fait d'un manque d'articulation entre les institutions, une barrière d'incompréhension s'installe, se renforce, se base sur des méconnaissances.

La tendance au renfermement des groupes sur eux-mêmes est un fait bien banal que souligne Oury :

> « Affronter ces forteresses, ces chicanes, ces passions [1] agressives, ces surdéterminations. Chaque groupe a en effet cette "naturalité" qui est de se refermer sur lui-même, de se clore dans un espace restreint. Dans un moment de désarroi j'interpellais dernièrement quelques membres du personnel : "Doit-on payer des droits de douane pour aller d'un groupe à l'autre ?". Le chauvinisme se développe. Je suis toujours persuadé qu'un des axiomes les plus importants de la psychothérapie institutionnelle est :"Liberté de circulation". Toute entrave arbitraire à cette liberté

[1] Oury, P et P I, p. 284

> remet en cause d'une façon absolue la psychothérapie institutionnelle et rend caduc tout effort d'analyse aussi bien des groupes que des personnes qui les composent. Tout devient alors verbiage, psychologie de bas étage, glissement vers des techniques sournoises d'oppressions, d'activation pour le bien. Qu'est-ce qu'il y a de pire que le glissement vers une espèce d'altruisme de groupe ? Il y a groupe et groupe. Si le groupe n'est que le rassemblement de personnes qui essaient de mettre en commun leur bon sens, c'est quelque chose de dangereux, de nuisible. Il ne peut devenir "thérapeutique" que s'il a une structure. Et cette structure peut se localiser sur deux vecteurs :
>
> « l'analyse et la décision. Ce que nous pourrions stigmatiser en disant que la réflexion doit se faire respectivement suivant deux dimensions, l'une freudienne, l'autre marxienne ».

François Tosquelles fait la même remarque à propos des conditions d'exercice de l'ergothérapie :

> « Dans les hôpitaux psychiatriques en effet – et dans toute activité thérapeutique qui peut s'y rattacher – l'utilisation des dynamismes propres aux groupes en interaction constitue une exigence technique et pratique. »
>
> Tosquelles, op. cit. p. 50.

Trois petits faits illustrent comment les malades sont *enjeux*.

1° Georges P., épileptique, est vécu comme violent et dangereux ; il a fonction d'objet phobique dans l'institution. Au chantier, depuis quelques mois, il est intégré ; comme tous les épileptiques il est collant, gluant, mais a un côté aimable ; il est un peu menaçant, de manière dérisoire.
Un jour, au château (peu importe le fait précis), un bol valse et blesse légèrement un autre malade. Aussitôt une décision médicale, sans prendre avis de soignants du groupe chantier, renvoie Georges à Vieille-Eglise pour un petit séjour. Faire coupure ! (punitif ?…). Nous sommes peinés du départ de Georges (enfin il était accepté quelque part), et scandalisés de ne pas avoir été consultés.

2° Un autre médecin envoie un malade en permission quinze jours, sans en informer le groupe chantier, alors qu'à la suite de discussions avec lui nous avions convenu qu'il partirait plus tard.

3° Ahmed est un malade qui arrive directement d'un pays étranger. Il baragouine un mauvais anglais, sa présence dans la clinique est très discutée ; déjà son admission couvre un enjeu avec le pouvoir médical. Les difficultés de langage et les différences socio-culturelles ne vont pas lui faciliter les contacts, l'insertion, comment pourrions-nous le soigner ?

Toujours est-il qu'il est là depuis quelques semaines, il peut parler dans sa langue natale avec le médecin qui l'a fait hospitaliser et qui est un parent éloigné. Ahmed vient souvent nous rendre visite au chantier.

Au moment de partir à la montagne avec vingt cinq malades, personne ne remet en cause la coutume qu'un médecin accompagne le groupe. Le médecin dont on vient de parler nous accompagnera donc. Il demande que l'on emmène Ahmed, le groupe refuse, avec quels arguments ? Probablement en toute bonne foi.

A la montagne, deux jours avant le retour, on apprend la nouvelle qu'Ahmed s'est pendu au Boissier. Le médecin nous laisse terminer le séjour et rentre aussitôt.

Au retour, le médecin demande que cela soit parlé dans une réunion du collectif soignant. Au cours de cette réunion, on en parle à peine. Douleur, agressivité, sentiment d'un ratage quelque part… résistances et incompréhension d'autre part.

A travers ces trois exemples, où je précise que chacun est de bonne foi, ce dont il s'agit est méconnu :

- Le pouvoir médical dans sa configuration locale.
- L'isolement du groupe chantier.

> « Une des formes les plus tenaces de résistance à l'écoute de la folie se trouve dans l'organisation même d'un collectif de soins qui tient pour secondaire son agencement structural.
>
> C'est pourtant cette mobilité toujours recommencée, cet accueil vigilant qui fonderont le système de telle sorte que puisse être restitué au malade le modèle identificatoire qui lui permettra de dépasser son angoisse de morcellement ».
>
> D. Sabourin, Recherches, op. cit. p. 59.

Au bout de huit mois le groupe éclate gentiment, à l'occasion du roulement des tâches, c'est rationalisé, cela va de soi pour tout le monde, excepté pour moi qui, maladroitement, dénonce une conduite de fuite de la part des autres soignants. Je ne comprenais pas plus que les autres, mais je vivais douloureusement « quelque chose qui cloche là-dedans j'y retourne immédiatement… » et j'en ai repris pour quatre mois, avec une nouvelle équipe de moniteurs.

Rassemblement puis dispersion du groupe.

A coté, l'enjeu initial, la raison officielle sur laquelle le groupe se forme et, quelle qu'elle soit, il faut remarquer une expression des moyens que les individus mettent en oeuvre pour se défendre de l'angoisse, et c'est un *besoin vital*. Le groupe peut y satisfaire un temps, mais l'angoisse reprend toujours le dessus. Le groupe, jusqu'à preuve du contraire, échoue à réduire à fond l'angoisse de ses membres.

Angoisse ancrée profondément dans chaque sujet. Le divan est pour l'instant ce que l'on connaît de plus efficace pour aller traiter les causes de l'angoisse chez les névrosés. A ce sujet, écoutons Oury :

> « Il y a là un a priori que nous posons : que le processus de désaliénation du groupe coïncide avec le travail analytique de chaque individu. Cela n'est pensable que si

> nous pouvons préciser l'articulation entre les instances individuelles mises en jeu et les instances collectives du travail ».
>
> Oury, P et P I, p. 50

Chez les psychotiques, la théorie est encore à ses balbutiements. Le rassemblement-renfermement du groupe relève de ce besoin anxiolytique des individus. Le groupe produit du concret à travers sa médiation quelle qu'elle soit, artistique, théorique, etc. et aussi il produit de l'imaginaire, de la répétition, tant que l'on ne traite pas individuellement les sujets.

Dès que l'angoisse devient trop forte le groupe se sépare dans une réaction inconsciente de salubrité publique.

Il manquait au groupe chantier dans sa composition, un ou des soignants « analysés » (deux sur douze étaient, à ma connaissance, en début d'analyse).

Il manquait aussi des connaissances théoriques sur les fonctionnements des groupes, et une clairvoyance sur le fonctionnement institutionnel.

Ceci dit rapidement, on ne peut tout avoir, n'est-ce pas. Nous avons quand même été dans des conditions exceptionnellement bonnes par rapport à ce qui pouvait se faire à ce moment là en psychiatrie.

Mais que cela ne nous empêche pas non plus de réfléchir… Le paragraphe qui suit fut écrit il y a quelques mois.

Leurre des théories collectivistes.

- Il n'y a pas de création collective
- Il n'y a pas d'élaboration collective de désir
- Il n'y a que des individus et des nécessités qui les font se réunir et occuper les places rôles à l'intérieur du groupe.

Exemple, on dira : le groupe « Untel » veut (désire) faire un pique-nique, un voyage, organiser une soirée, etc. construire un Boissier… c'est faux. En fait, une personne X du groupe désire telle chose, elle en parle à une personne Y qui est d'accord et en vient à croire qu'elle le désire elle-même ; l'alliance X - Y est une alliance séductive, c'est sur cette base que l'accord pour une activité se fait, et non sur l'activité elle-même.

Les groupes-sujets, ça n'existe pas. Le groupe renvoie aux mécanismes du sujet.

Les développements théoriques sur les groupes/groupes-sujets relèvent souvent d'un leurre qui vise à méconnaître que l'homme-individu se retrouve toujours à un moment, au bout du compte, seul face à lui-même, sans recours autre que ses propres ressources.

Pour illustrer le travail du groupe chantier, j'ai choisi les quelques cas présentés au chapitre suivant. C'est volontairement que j'ai choisi de *bons cas*.

Il serait trop long d'examiner tous les cas un par un. Il y a des malades à qui ça n'a fait ni chaud ni froid.

Je n'en vois pas à qui la spécificité intérieure du groupe ait pu causer de grands dommages.

Les ratées… vues plus haut relèvent de l'ensemble de l'institution avec ses manques.

QUELQUES CAS

Présentation et évolution de quelques pensionnaires ayant fait partie du groupe chantier.

Jean-Paul B. - 40 ans en 1972 - Ingénieur électronicien - Officier de la marine marchande - Marié, trois enfants.

Diagnostic : névrose obsessionnelle grave ; obsessions, rites, manies. Hospitalisé à la clinique de juillet 72 à juin 77.

Traitement : antidépresseurs, anxiolytiques, un peu de neuroleptiques le soir.

Observations : Son état s'améliore progressivement au groupe chantier : il se met. peu à peu à échanger. Il deviendra un personnage important du groupe par sa « sagesse », son intelligence et son rôle actif et rassurant vis à vis des autres malades. Il est suivi en psychothérapie par un médecin de la clinique.

Extraits du dossier médical :

Mars 75 : « …voudrait rester au chantier où il a appris à manipuler les outils et donc se servir de ses mains ».

30 juillet 75 : « ... travaille au chantier ; cela, lui a permis de rentrer en relation avec des gens qu'il ne choisissait pas. Il a dû aussi dépasser ses obsessions pour travailler ; très sensible à l'entourage quand il est sous l'emprise d'idées obsédantes ».

Jean-Paul : « Je touche le verre, le bois. J'ai des problèmes personnels de maladie et pourtant ici j'arrive à être efficace, ce qui est très important pour moi, je pense que ça va dans le sens de ma guérison. Je suis là depuis longtemps et je travaille sur le chantier depuis son début ». … « Bien sûr j'espère sortir un jour de cet établissement guéri, je dirais que par exemple l'idéal pour moi ce serait de sortir au moment où le bâtiment sera terminé ».

Effectivement, c'est ce qui arriva. Jean-Paul est sorti il y a deux ans et demi, il a repris son travail, il a retrouvé sa femme et ses enfants, et revient une ou deux fois par an nous rendre visite à l'occasion de fêtes ou de réunions du club.

Daniel L. - 40 ans en 1972 - Ingénieur chimiste - Marié, un enfant je crois.

Diagnostic : schizophrène dépressif catatonique, épisodes hystériformes avec apathie, adynamie, aboulie et épisodes anxieux.

Hospitalisé de janvier 72 à janvier 77 – Deux courtes sorties d'essai. Est suivi en psychothérapie à la clinique.

Remarques – Son état ne fait qu'empirer au groupe chantier, où il est peu efficace et nécessite une prise en charge par les malades et les soignants.

On le pousse à travailler et on le traite parfois durement ; il se bloque au milieu d'un passage, gênant la circulation, pleurant, une part de demande et de provocation. Exemple : au ski, nous l'avons laissé (cruellement ?) pendant deux heures bloqué au départ d'un remonte-pente, au milieu de la foule des skieurs.

Amitié réciproque avec Jean-Paul qui le soutient beaucoup.

« Je suis sorti de la clinique début 77 [1] après avoir eu pendant toute l'année 76 une activité plutôt bureaucratique au club où je faisais la comptabilité journalière, la vente à la boutique, etc. *Au chantier c'était plutôt physique et concret*.

Peut-être que si je n'avais pas fait d'effort du tout j'aurais jamais pu redémarrer. Je ne sais pas si ça a été bon pour moi ; *on m'a poussé, on m'a secoué, on m'a forcé à le faire*. Après coup… c'était peut-être aussi bien pour moi comme ça… je ne sais pas, c'est difficile de juger de ce qui se serait passé si on n'avait rien fait, si on m'avait laissé dans mon coin. Jean-Paul, un autre malade, m'a beaucoup aidé.

Daniel garde un mauvais souvenir de cette période « j'avais de grosses difficultés psychologiques et physiques », et regrette « le désagrément de personnalités très différentes qui ne s'entendaient pas dans le groupe ». « J'en ai un souvenir assez pénible sur le plan physique, aussi sur le plan psychologique parce que je n'étais pas très bien, mais, cinq ans en arrière, il a peut-être mieux valu que ces deux années je les passe comme ça, plutôt que strictement dans la clinique, comme un malade, Lambda, sur son lit toute la journée.

Je ne peux pas l'affirmer, car il faudrait faire la double expérience, la contre expérience…rires… ce que je ne souhaite pas… rires… ».

Cinq ans après il se souvient très bien du travail manuel qu'il a fait : « j'ai travaillé au patchwork sur les murs du bureau du club. Je n'avais jamais fait de travaux manuels. »

« Il y a une chose que j'aimais, c'était ces lattes de bois qu'il fallait découper à une certaine longueur avec une scie sauteuse. Sur l'échafaudage je préparais les lattes, je les coupais et les passais à J.C. qui les posait. C'était aussi une façon de lutter contre l'ennui ».

Daniel dira des choses pertinentes sur l'architecture locale. Il semble que ce qui a participé à son amélioration ne vienne pas en particulier du groupe chantier dans sa spécificité. Un facteur positif a été, à mon avis, qu'il soit intégré dans un groupe assez fermé (il parle du malade Lambda), donc rassurant (réduisant l'impression de dispersion).

Daniel est resté attaché à la clinique et au club ; il a repris son travail et revient en visite de temps en temps.

Francis T. - 31 ans en 1974 - Famille de 10 enfants. Etudes à l'IDHEC.

Diagnostic : névrose grave avec T.S. Phases éthyliques, dépressif, anxieux.

Hospitalisé de juillet 74 à début 75.

Extraits du dossier médical :

[1] Interrogé par moi en août 79.

Début décembre 1974 : « travaille depuis plus de deux mois au chantier. Ce lieu paraît être une bonne solution pour une prise en charge psychothérapique. F. a beaucoup investi sur le groupe et l'activité, et il établit vis à vis du chantier ses conduites répétitives de fuite d'implication réelle dans un statut clair de personne en soins, et d'évitements divers par des démonstrations de bonne santé, de bonne capacité de l'activité. Il a établi une relation amoureuse avec passage à l'acte avec Mme… et s'est efforcé de se repérer par rapport à ce couplage. Il a essayé récemment semble-t-il, de rompre plusieurs fois.

La situation se complique fin décembre d'une grossesse imaginée par la partenaire.

Il a fait un certain chemin psychothérapique qui l'amène à faire une demande d'analyse.

Noël : rechute dépressive, pose la question d'un suicide, en fait il a simplement absorbé un demi-litre de rhum. Il a beaucoup maigri et est fatigué, boit plus souvent.

Nous décidons avec les moniteurs de chantier une cure de sommeil avec traitement médical, vitaminothérapie et sevrage, les projets de rencontre familiale et de thérapie étant repoussés après la. cure.

Il a cessé de boire depuis la cure de sommeil ; il est mieux ; dit qu'il est encore angoissé par moments, mais qu'il pense qu'au sujet de son éthylisme il s'est passé quelque chose d'important, à savoir qu'il a pu cesser de boire pendant un temps assez long pour préférer à l'effet anxiolytique de l'alcool les possibilités que lui donne le sevrage.

Il s'est manifestement passé quelque chose pour lui depuis qu'il est au chantier. Il se fait reconnaître, ce qu'il n'avait pu assumer auparavant dans les diverses collectivités dans lesquelles il s'était trouvé.

Il va bien, dit qu'il ne dormirait que six heures par nuit. Partirait prochainement un week-end pour chercher du travail à Paris ».

D^{r} S. Rappaport

Francis a donné du fil à retordre, c'est à dire qu'il nous a confronté à nos problèmes de névrosés. Il se considérait comme foutu et disait en toute franchise être venu à Chailles pour attendre d'y mourir.

Il a beaucoup secoué, interrogé, par ses dires et faires, notamment dans sa relation de couple transgressant l'interdit, l'ensemble de la clinique.

Et il a heureusement tiré son épingle du jeu, puisqu'il a trouvé du travail, s'est marié avec l'ex-pensionnaire rencontrée dans la clinique ; ils ont deux enfants, et sont tous deux en analyse (les parents).

CONCLUSION (sans)

Je serais tenté de ne pas conclure ce dossier incomplet, mais de le refermer provisoirement sur ces cas heureux.

Beaucoup de pièces manquent et pourtant elles sont là, en vrac dans leurs chemises colorées. Des questions surtout qu'il faudrait poser, étudier puis remettre en ordre.

- Les mécanismes de la création dite collective (?)
- En quoi le détournement des objets a-t-il à voir avec l'accueil des psychotiques ? (question soulevée par Oury mise en pratique ici d'une manière archaïque).
- L'architecture en milieu psychiatrique – à la Chesnaie.
- La circulation des malades, leurs « lignes d'erre » comme les étudie F. Deligny avec les « gamin-là (s) ».
- La nosographie de l'ergothérapie.

Il faudrait étudier tout ça méthodiquement – avec les collègues – étudier et observer.

EN VRAC

A la question d'un étudiant : « qu'attendez-vous de notre passage à la Chesnaie », le Dr Jeangirard répond :

> « Que vous construisiez votre bâtiment bien sûr, mais aussi ce "certain dérangement" … le trouble mental entraîne avec lui un de ses caractères propres, à savoir la ségrégation et l'isolement. Mais attendez-vous à de fortes résistances ; en effet, il ne suffit pas d'être convaincu de l'utilité de ce dérangement pour croire aussitôt qu'il n'existe plus ».
>
> *Architecture d'aujourd'hui*, juillet 75

Pour le D^r^ Jeangirard : « Comme toute réalité construite, le chantier déplace des symptômes, change les contacts entre les gens, produit un rapport cohérent avec l'histoire propre du malade. Un malade ouvrier du bâtiment qui ne peut travailler à l'extérieur en tant qu'homme indépendant s'est trouvé placé pour travailler avec compétence et régularité, alors qu'aucun travail offert par la clinique n'arrivait à le fixer. Il y a des hommes très troublés qui trouvent à leur niveau, une certaine réalité ; il semble qu'il y ait une correspondance entre la catatonie, qui est une forme de schizophrénie infantile, et un matériau informe comme le béton qu'un patient appelle "la pâte". Un malade manie très adroitement une brouette, la faisant passer sur une planche, la renversant au bon endroit, en mobilisant l'effort musculaire correspondant, alors qu'il n'est pas capable de lacer ses chaussures.

Cela prouve que leur difficulté à produire est toute relative ; la réalité de l'outil, la cohérence de cette réalité, est thérapeutique ; on ne sait pas en quoi, c'est une mise en actes.

Dans les psychoses graves, quand il y a un échange où le corps est mis en question, le symptôme disparaît un instant : il n'est plus question de pathologie, on peut changer d'orientation ».

Architecture magazine, novembre 73

Daniel C., un des cas présentés, interview août 79 :

> « Le but de ce lieu n'est pas le même que celui de la clinique. Le Boissier, c'est plutôt un lieu pour avoir des échanges ; c'est déjà une ouverture sur le monde de la société.
>
> « Si on pense à la clientèle du Boissier, qui sont des gens qui viennent se soigner ici, je pense qu'il n'est pas mal conçu. Il y a une chose que l'on ne peut pas nier : c'est qu'il n'y a à aucun moment la monotonie dans tout ça. Tu n'as pas l'impression que tu aurais devant un immeuble HLM de banlieue où il y a des modules répétés à vingt cinq exemplaires ; je crois que c'est important pour un type qui est fatigué, déprimé,

de ne pas se heurter à ce mur de monotonie… sans quoi tu aurais l'impression d'être en prison.

« Ça m'étonnerait beaucoup de rencontrer des pensionnaires qui se plaignent de l'architecture du Boissier… faudrait voir…

« Quand on arrive de l'extérieur, les gens qui ne savent pas se diraient : qu'est-ce que c'est que ce truc là, on y voit de tout partout, réaction naturelle, mais quand on sait à quoi il est destiné, on trouve naturel qu'il soit comme ça… j'allais dire thérapeutique, c'est un bien grand mot, mais il est adapté… aux pensionnaires ».

– Une architecture non standardisée mais diversifiée – hétéroclite – produisant des espaces différenciés de par la fantasmatique propre de chaque artisan créateur…

Créer des espaces où, par analogie des divers systèmes fantasmatiques, des bâtisseurs d'une part avec ceux des psychotiques d'autre part…

(propositions à vérifier).

– Que chaque malade ait quelque chance de se trouver « chez lui » quelque part dans la clinique.

Un malade sous contrat :

– Tu travailles ?

– Oui, je suis sous contrat, je travaille tous les jours de 2 heures à 6 heures.

– Pourquoi ?

– Pour me libérer des contraintes de la clinique, de l'ambiance des malades, reprendre contact avec la réalité, avec les architectes.

– Est-ce que l'architecture t'intéresse ?

– Non, je participe comme ça… j'aime bien faire du ciment.

– La poterie ou la vannerie, ce serait la même chose ?

– Non, c'est tout à fait autre chose, parce que les architectes sont « vivants ». C'est pas comme les ateliers qui sont déserts, ici on travaille mieux, c'est mieux.

– C'est le travail manuel qui t'intéresse ou bien le résultat ?

– Non, je travaille simplement, le reste m'est égal, je crois que ce sera pas mal, un palace.

Architecture magazine, novembre 73°

Mise en garde.

L'admiration des foules qui pourrait bien nous venir de réalisations comme « les wagons » (voir la massivité des articles de presse en annexes) risque aussi de tourner au mythe. La cuisse de Jupiter n'a jamais rien donné qui nous intéresse fondamentalement.

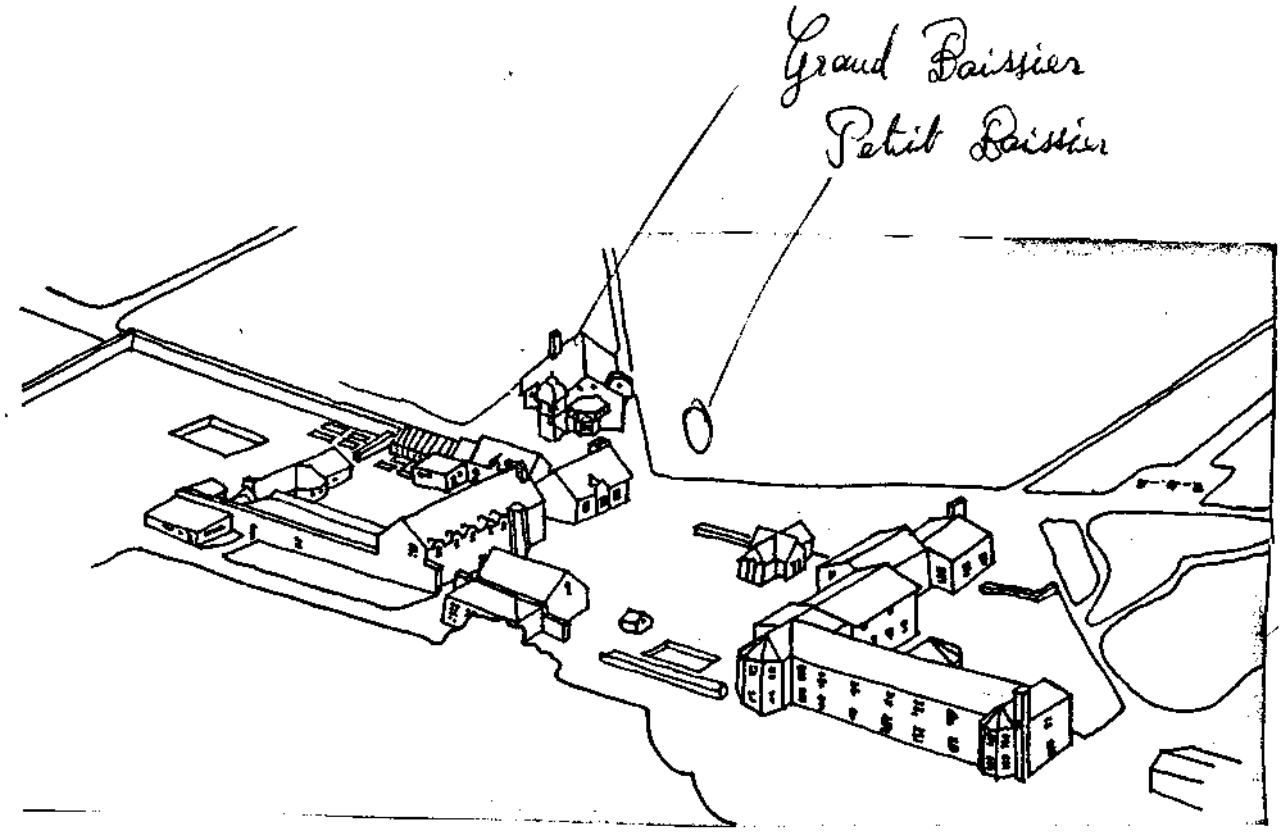
A la Chesnaie, jusqu'à preuve du contraire, on peut tout dire, tout écrire, même des choses justes, même des paroles injustes. Le surmoi médical et administratif ne s'exerce pas à une répression du dire.

La loi, car il y en a une, sanctionne le faire, pas le dire. C'est heureux et je crois que c'est assez rare pour que cela mérite d'être dit.

Ceux qui vivent quotidiennement avec la folie – la tienne – la mienne – me comprennent.

A reprendre et à suivre…
Val de Loire
sept. 79

Annexes

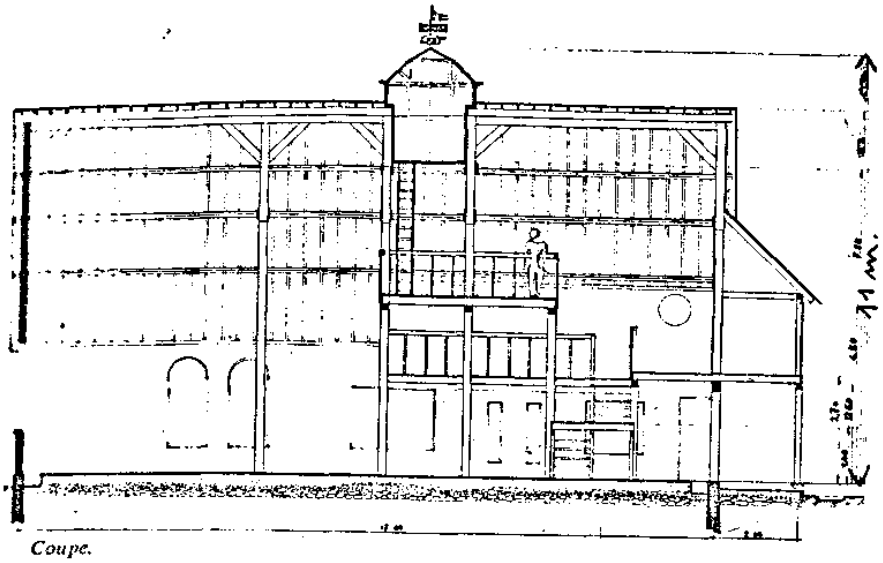


← This way

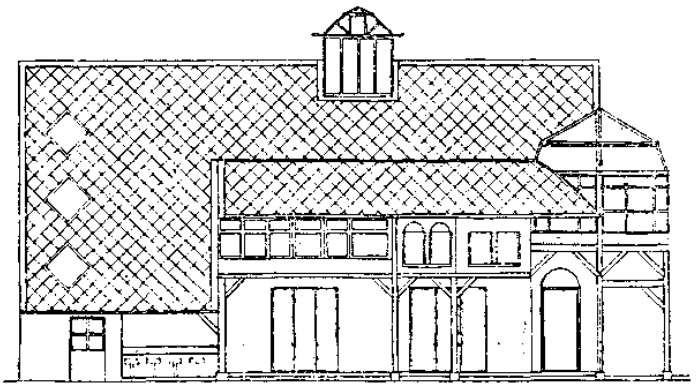
Rène au bout de la prairie
"Orient express hotel"

LE BOISSIER

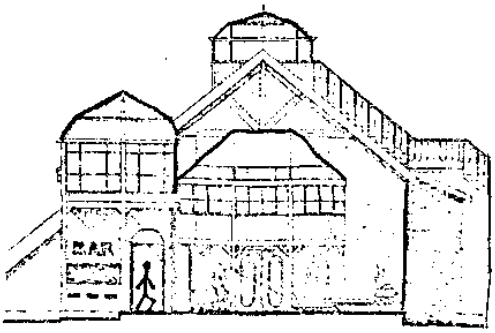
Les esquisses faites en hiver 72 à l'ESA tiendront lieu de plans pour toute la durée du chantier.

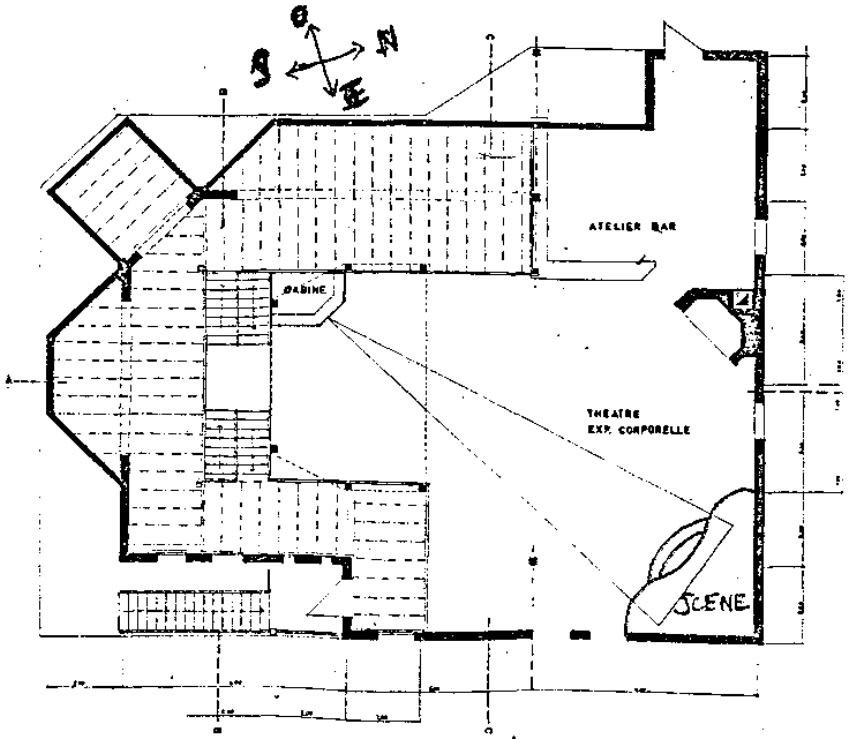


Coupe.



Façade sud. Ouest





Plan des mezzanines. et du rez de chaussée.

LA MASSIVITE DES TEMOIGNAGES

Dans l'ensemble, les articles de presse, films et autres témoignages-études parvenant au milieu extérieur ont tendance à déformer la réalité, souvent à l'embellir, à manquer de sens critique. Les travaux universitaires, rapports de stages, sont soumis à cette règle, parfois confus, enthousiastes ou négativistes à la fois, ou bien alors « aseptisés ».

Cet aspect de massivité est produit à mon avis par le contraste qui frappe le visiteur ; contraste entre ces milieux expérimentaux (voir aussi La Borde) et l'ensemble des institutions sociales classiques. Cette impression de contraste, issue d'une « différence », tendrait à valider le caractère expérimental de ces lieux.

Les lois de fonctionnement de l'homme, individu vivant en société organisée, sont universelles mais encore mal connues, et ces milieux, tout expérimentaux qu'ils puissent être, n'y échappent pas.

Il ne s'agit pas là de modifier les comportements individuels ou collectifs, mais de chercher à en découvrir les mécanismes. Cela va de pair, au coup par coup, avec l'élaboration d'une organisation micro-sociale la moins aliénante possible, et souple, pour pouvoir être modifiée en fonction des découvertes de facteurs aliénants.

Il ne s'agit pas d'un jeu politique qui chercherait à révolutionner la société. Ces recherches conduisent localement à des formes parfois peu habituelles d'organisation micro-sociales, c'est ce qui frappe le visiteur et peut lui masquer des pratiques banales, voire même étonnamment rétrogrades.

Cette massivité renvoie à l'affect, à ce qui se noue de l'humain, précisément à ce nœud qu'il s'agit de dénouer, sans jamais y parvenir… Essayez voir d'attraper la savonnette dans la baignoire. Vous ne l'avez saisie que de courts instants, et pourtant, au bout du compte, vous en sortez un peu lavé quand même…

Ce qui compte, c'est d'attraper un instant la savonnette, peu importe si ensuite, elle nous échappe.

SOCIETE

LA CHESNAIE OU L'ANTI-ASILE

CENT malades mentaux dans un château. Une infirmière au poulailler, un moniteur à la plonge, une schizophrène réceptionniste. Des médecins sans blouse blanche et des patients sans uniforme. Ni grilles ni barreaux, un parc et des allées forestières. Des « fous » en liberté qui gèrent leur hôpital... De quoi perdre un peu l'entendement.

Ce monde à l'envers, où le visiteur fraîchement arrivé ne distingue pas le soigné du soignant, c'est « *la Chesnaie* », à Chailles, près de Blois. Là, on a détruit l'asile, abattu ses murs, brisé son silence pour inventer autre chose, où la parole et la vie collective viennent déranger, troubler le « *grand tranquillisant de la folie* ».

Créée en 1958 par le docteur Claude Jeangirard, la clinique de la Chesnaie participe au mouvement de

« révolution psychiatrique » qui, au lendemain de la guerre, est venu contester les sacro-saints principes de la psychiatrie traditionnelle. Pour ces révolutionnaires, il ne s'agissait pas tant d'« *humaniser les hôpitaux psychiatriques* » que de remettre en cause la conception de la folie elle-même. Cette conception qui mène droit à l'asile ceux qui s'écartent d'un monde où l'essentiel est de produire et consommer.

Refusant de voir dans la folie le simple « négatif » d'une soi-disant « normalité », ils devaient peu à peu formuler les principes essentiels de la « *psychothérapie institutionnelle* ». Il s'agit de prendre le malade dans un entrelacs d'« institutions » : ateliers divers, activités de gestion, d'entretien, d'animation qui le forcent à sortir de son isolement et de son angoisse.

Ainsi peut-il se repérer, établir des relations avec l'extérieur, parler et être enfin entendu.

Dans le réfectoire du château, cent malades réunis, comme chaque lundi, pour l'« *assemblée générale* » : la discussion est confuse, bien un peu dans tous les sens. La même chose aujourd'hui — la personnalité — est peut-être trop vaste. Le dialogue est pourtant d'une surprenante intensité. Interventions disparates, bien souvent sans suite, mais qui révèlent une réelle volonté de vivre : « *On est à la Chesnaie pour reconstruire notre personnalité* » ; « *La personnalité ne se découvre que dans le rapport aux autres* ». Quelques mots qui résument avec force un principe de base de la vie à la Chesnaie, où tout repose sur la « collectif ».

Soins, accueil des nouveaux pensionnaires, fonctionnement des ateliers, gestion et entretien de l'établissement, tout est l'affaire de tous, médecins, moniteurs, malades. Cette prise en charge de la vie de la maison sous tous ses aspects, par l'ensemble de ses habitants, nécessite une organisation minutieuse, scrupuleuse et contraignante.

Au centre du dispositif, le « secrétariat permanent » (S.P.), véritable quartier général de la Chesnaie. Installé dans une dépendance du château, il centralise toutes les informations, enregistre toutes les demandes et sert accessoirement de bureau de renseignements. Une affairesse désordonnée y règne du matin au soir, mais personne ne s'en plaint. Une secrétaire — malade ou monitrice ? Ce n'est pas inscrit sur son visage — tape sur un stencil la dernière page du *Canard enchaîné*, le journal quotidien de la clinique. Informations diverses, petites annonces, poèmes... le *Canard* est un reflet fidèle de la vie à la Chesnaie, mais aussi une mémoire collective pour tous les pensionnaires que la maladie a coupés de leur propre histoire.

Soignés et soignants, tous les usagers de la clinique sont répartis en trois groupes autonomes, cadres d'organisation de la vie sociale : le premier, « *Mercure* », est chargé des soins, de l'entretien et du secrétariat médical. Le second, « *Soleil* », regroupe les ateliers et les activités de loisirs. Le dernier, « *Vapeur* », assure la gestion des principaux services de la clinique. Chaque groupe élit son secrétariat, dont la tâche est de coordonner et d'harmoniser les activités quotidiennes. Ainsi se trouve tissée une immense toile d'araignée dans laquelle « *le malade se construit un monde relationnel nouveau* ».

Chaque atelier, chaque activité, offre des occasions de nouer un dialogue, de rencontrer et d'« accrocher » le malade, de briser pour un temps son face-à-face morbide avec la « folie ». Le travail n'est pas un passe-temps, une manière comme une autre d'occuper les pensionnaires, c'est d'abord un « instrument de soins ». Le jardin et la poterie, la couture et la cuisine, le dessin et la buanderie sont autant d'« institutions » où le malade, auteur-acteur de son travail, assume une responsabilité face à la communauté, recouvre ainsi une part de son identité et « accède à une certaine liberté ».

Le grand chambardement

Mais tout cela n'est possible qu'accompagné d'une remise en cause permanente de l'institution elle-même. « *Il faut* », disent les soignants de la Chesnaie, *provoquer des changements, impulser une dynamique pour éviter que les névroses sécrétoires se figent et meurent* ». Le réseau d'institutions, la répartition des tâches, le fonctionnement des groupes ne peuvent s'enfermer dans le carcan étriqué d'un organigramme administratif et hiérarchisé. La Chesnaie ne connaît ni fonctionnaires, ni spécialistes, ni intellectuels diplômés, ni manuels besogneux : le cuisinier et l'infirmier, la secrétaire et la lingère sont tous « soignants », tous « psychothérapeutes ». Trois fois par an, la clinique opère un grand chambardement : les moniteurs changent de fonction et assument de nouvelles tâches, les groupes se reforment, élisent de nouveaux responsables. C'est à ce prix que l'institution reste vivante, c'est ainsi qu'est régulièrement repoussée la tentation, jamais éteinte, de recréer l'asile et son confinement sécurisant.

Mais ces bouleversements répétés impliquent que les quatre-vingts moniteurs soient disposés à des remises en cause personnelles, parfois difficiles. Des réunions régulières leur en fournissent l'occasion, où la clinique se donne libre cours, sans que les cinq médecins de la clinique imposent le poids de leur « savoir ».

« *Je suis arrivée à la Chesnaie avec un certain nombre d'idées sur la folie, mais j'ai oublié la demande réelle des malades* », confie une jeune stagiaire qui présente, ce lundi soir, un rapport détaillé sur son séjour de trois mois à la clinique. Autocritique d'abord, critique ensuite : B. juge « *insuffisants les échanges entre moniteurs* » et remet en cause « *la dynamique de l'équipe de soins* ».

Mais l'essentiel du débat va naître d'une autre critique, plus brutale, formulée dans le rapport : « *Mettre un malade en cure de sommeil, s'interroge la jeune stagiaire n'est-ce pas le rejeter hors de la vie normale de la clinique parce qu'il devient embarrassant ? N'est-ce pas lui faire violence, user de traitements aussi oppressifs qu'éphémères ?* »

Les répliques sont vives, sans concession : il n'y a, pour les psychiatres de la Chesnaie, ni bons ni mauvais traitements. Les moyens thérapeutiques de la psychiatrie traditionnelle — insuline, cure de sommeil, électrochoc — peuvent être utilisés s'ils sont les plus à même de répondre à telle ou telle situation du malade.

Mais les interrogations de la jeune stagiaire ne sont pas fortuites. Elles interviennent à un moment où les expériences conduites par les antipsychiatres britanniques suscitent une sorte de mode qui, prenant le contre-pied de la peur ancestrale, finit par nier ou même valoriser la folie. Le délire du schizophrène devient ainsi une manifestation de sa liberté, toute entrave sur son chemin un acte autoritaire, symbole d'une société oppressive.

Caricature des positions de Laing ou de Cooper ? Ce « radicalisme » est en tout cas vivement contesté par les tenants de la psychothérapie institutionnelle. L'un d'eux, Roger Gentis, s'en explique dans une plaquette récemment publiée (1) : « *Une des équivoques auxquelles ont donné lieu les écrits des antipsychiatres, c'est que celui-ci, en ce qui concerne leur pratique, n'ont parlé que des expériences délirantes plus ou moins aiguës et que, en tout état, on a tendu cela à toute la psychiatrie. En oubliant simplement que ces expériences où il se produit quelque chose sont rares dans la pratique psychiatrique, que, dans l'immense majorité des cas, on a affaire à des situations déjà bien nouées, des impasses bien barrées, des blocages et des asphyxies qui n'ont absolument rien de productif — ou alors, s'il en sort quelque chose, ce n'est guère que de la souffrance, de l'angoisse et de la misère de vivre. Ce serait un peu salaud de laisser les gens croire la-dedans sous prétexte d'antipsychiatrie ou d'une quelconque option doctrinale...* »

Pourtant, l'arsenal thérapeutique classique reste peu utilisé et les pensionnaires de la Chesnaie sont loin d'être gavés de médicaments-miracles. La véritable thérapie, c'est le « *groupe* ». A travers lui, le malade n'est plus cet « irresponsable » que l'asile enferme et laisse choir dans l'isolement et l'inactivité.

Bien au contraire, tout est entrepris pour inciter chaque pensionnaire à prendre une responsabilité, aussi minime soit-elle, à assumer ainsi un rôle dans la marche générale de l'institution. L'existence du « *club* » répond directement à cet impératif.

Le club est d'abord l'affaire des malades, un domaine réservé. Totalement indépendant de la clinique, c'est une association régie par la loi de 1901, avec « *bureau exécutif permanent* » et « *conseil d'administration* ». Selon ses statuts, il doit « *fonctionner en tant qu'œuvre sociale, destinée à aider les personnes hospitalisées ou non à la clinique de la Chesnaie, sur le plan psychiatrique, culturel, moral et matériel* ».

Siège social : la « *villa fleurie* », un petit pavillon, aux allures de chapelle, dans le parc du château. Devant la porte, un grand tableau noir. Deux colonnes : recettes, dépenses ; le bilan financier du mois est excédentaire. La dernière fête est opportunément venue renflouer la caisse.

Un pied dehors

Le club est une sorte de « super-institution » qui assure pour la malade, de façon privilégiée, la relation tant recherchée au monde extérieur : « *Il a, dehors, un pied dehors* ». Formule imagée ? Hors, réalité. Voilà dix mois, le club s'est doté d'une « *antenne parisienne* », le « 36 » : un vieux fonds de commerce, abandonné depuis un demi-siècle, dans le quartier des Halles, remis en état par des malades et des moniteurs. On y vendra, bien sûr, les productions des ateliers de la Chesnaie pour alimenter la trésorerie. Mais les ambitions de ses responsables ne se bornent pas là : il faut faire du « 36 » un lieu de rencontre, d'animation culturelle ouvert aux malades et aux anciens malades de la clinique, mais aussi aux habitants du quartier. C'est la continuation, sous d'autres formes, du travail entrepris à la Chesnaie, un point d'appui pour ceux qui en sont sortis, car « *ce n'est pas tout d'avoir perdu ses symptômes et ses angoisses, encore faut-il vivre et trouver des gens pour vivre* ».

Pour attirer ces gens au « 36 », les idées ne manquent pas, le matériel non plus : des films, réalisés en vidéo par l'« *équipe du jeu mat* » sur la vie de la Chesnaie (2), pourront servir d'appât. Des liens ont été noués avec un groupe d'animation du quartier, le « *Sport-Act* », pour ouvrir toutes grandes les portes du local à l'imagination, à la libre expression, à la vie...

Prolongement naturel de la clinique, le « 36 » veut aussi favoriser la réinsertion sociale de ses anciens pensionnaires. Mais comment la Chesnaie, l'« anti-asile », pourrait-elle remettre ses malades dans le circuit standard d'une société qui les a, pour la plupart, jetés à l'asile ?

Si la folie est bien « *l'impossible lieu de l'indicible désir* », le « 36 » vient à point pour offrir à ce désir vacant autre chose que la « *travée et consommé* » qui nous tient lieu de « *normalité* ».

DOMINIQUE POUCHIN.

(1) Roger Gentis : « La psychiatrie doit être faite et défaite par tous », Maspero.

(2) Voir un article de Louis Marcorelles dans le *Monde* du 6 avril 1973.

DEUX TÉMOIGNAGES

Après quelques semaines alarmées passées dans le délire, je me suis réveillée à l'âge du petit enfant et je me suis très vite rendu compte d'un tas de choses : un système de réunions que je n'aimais pas, car cela me replongeait dans la vie administrative et conditionnée de notre époque.

Je ne trouvais pas les débats intéressants. Je ne voulais pas y aller et cela me fatiguait terriblement. Puis, petit à petit, j'y suis allée et je me suis aperçue que ces réunions permettaient à certains de s'exprimer. Je me suis remise à faire de la peinture et j'ai recommencé à être heureuse. Je n'étouffe pas tellement les monstres ; pour moi, c'étaient les parents. Les personnages, par contre, m'inquiètent toujours... La plupart avaient une sensibilité rare. A mesure que j'allais mieux, je sortais de plus en plus, et c'était bon. Certains pensionnaires restent tout le temps et je les appelais « notre médicament ».

Ce passage dans cette maison a été positif pour moi, j'en garde...

Contestations

Je conteste les geôliers de toute sorte.

Ici le mot liberté est synonyme de dérision.

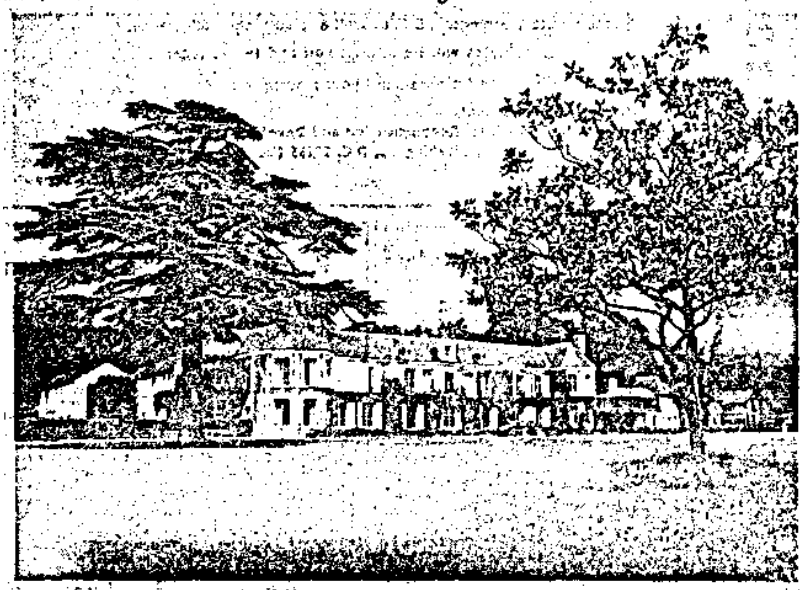
Nous les bagnardes punies par la folie et tyrannisées par des gorilles piqueurs.

Où est-elle la liberté douce et sereine dans cet enfer perdu au milieu des bois ?

Quelques-unes très rarement l'ont s'échappe avec facilement la permission d'un moniteur attiré. D'autres sont parties sans permission sont avons droit au retour à une leçon de morale qui ressemble étrangement à un chantage immonde. A bas tous ceux qui font pâtir notre liberté d'aller !

24 hebdo
SUPPLÉMENT HEBDOMADAIRE DE 24 HEURES

quotidien de Lausanne, Août 73



ENQUÊTE 1

Une communauté pour vaincre la folie

La clinique de « La Chesnaie », à Chailles, près de Blois, est un établissement privé : mais les séjours et les soins des malades sont remboursés par la Sécurité sociale. Les pensionnaires proviennent donc de toutes les couches sociales.

Dans un château de la Loire, malades mentaux et soignants animent ensemble une étonnante clinique

Ce château est habité par des fous.

On les y soigne, et pourtant on ne peut comparer « La Chesnaie » à un hôpital psychiatrique. Les malades y trouvent certes des médecins, des soignants, mais ils y viennent surtout pour une étonnante vie communautaire où d'importantes responsabilités leur sont réservées.

La folie, c'est d'abord une immense et tragique solitude. La psychiatrie traditionnelle tend à la rompre par le tête-à-tête médical. A « La Chesnaie », on tente de la fondre dans une vie sociale ouverte, libre, généreuse.

Le personnel ne se promène pas dans le château avec un trousseau de clés à la main : on y trouve pourtant 80 % de malades gravement atteints (des psychotiques surtout).

Les décisions de tous les jours se prennent en groupes, soignés et soignants réunis. Les uns et les autres mangent aux mêmes tables. Travaillent aux mêmes tâches pour faire tourner la maison.

Boulevard Raspail, en plein midi, une douzaine de jeunes gens chargent des structures métalliques sur deux gros camions, devant l'École spéciale d'architecture de Paris. Personne ne s'étonne... Des étudiants, sans doute... En fait, il y a pourtant parmi eux des schizophrènes gravement atteints. Et des moniteurs qu'apparemment rien ne distingue des malades.

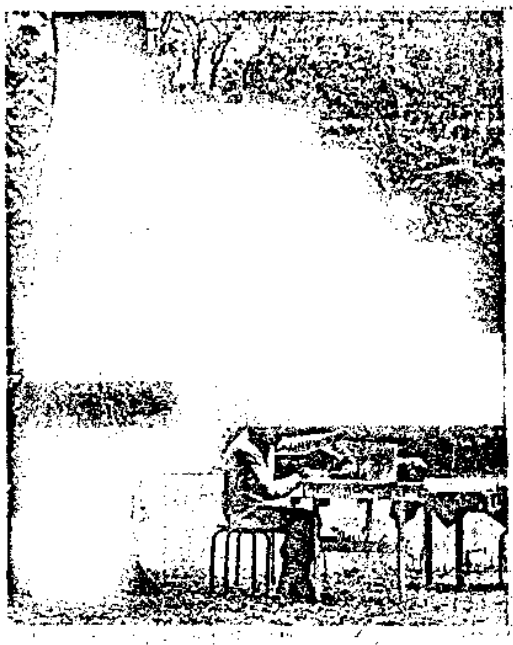
Ces aliénés sont les pensionnaires d'une clinique de Chailles, près de Blois. Ils travaillent, avec l'active collaboration d'une classe d'étudiants architectes, à la construction d'un pavillon.

Rien, vraiment, n'y rappelle « l'asile ». Ou plus pudiquement : l'hôpital psychiatrique. Que cette clinique peu ordinaire se loge dans un château de la Loire, au fond d'un très beau parc, à la lisière d'une forêt sombre, est finalement de peu d'importance. On connaît de luxueuses « maisons de repos » aux décors aussi fastueux qui pratiquent une psychiatrie au rabais tout ce qu'il y a de plus conventionnelle.

« La Chesnaie » (comme sa proche sœur : « La Borde ») est le cadre d'une expérience médicale d'avant-garde, encore marginale et souvent critiquée. Comme dans n'importe quel hôpital, on tente d'y guérir d'une maladie terrible (et très répandue) : la folie. Mais on ne s'y contente pas de miser sur l'arsenal thérapeutique habituel : médicaments, électrochocs, cures de sommeil, psy-

Un pensionnaire épluche les légumes dans le parc de la clinique. On n'y emploie pratiquement pas de personnel domestique : toutes les tâches de fonctionnement sont assumées communautairement par les malades et les moniteurs.

Suite page 25



Réunion de soignants : les cas de la semaine sont abondamment discutés entre moniteurs et médecins. La discussion est vive, franche, sans convenance hiérarchique.

Jacques Pilet
Simone Oppliger (photos)

La vie en groupes «autogérés» tente de briser la solitude de la folie

La clinique a sa corcherie, sa basse-cour et ses jardins de fleurs et légumes : l'exploitation est assurée par les pensionnaires et les moniteurs polyvalents.

la vie sociale, choisissez votre terminologie.

L'idée n'est pas nouvelle. Dès 1905, un psychiatre allemand, Herman Simon s'insurge contre les asiles d'alors. Il n'admet pas la passivité des malades qui y séjournent. Il se rend compte qu'en les invitant à travailler au chantier d'une aile de son hôpital, il les sort de leur mutisme, de leur solitude. Et il constate des progrès.

« Les trois maux écrit-il alors, dont sont menacés nos malades mentaux dans un hôpital et contre lesquels notre thérapeutique doit lutter sans cesse sont l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même. »

Les fondements de la « psychiatrie institutionnelle » sont posés. Cette appellation, née bien après Simon, peut surprendre : elle suggère en fait que le traitement est lié à la vie de l'institution où il se trouve. Il faut soigner l'hôpital autant que le malade. Et celui-ci s'en trouvera mieux.

L'expérience... des camps de concentration

C'est pendant la Seconde Guerre mondiale que l'idée du psychiatre allemand a trouvé de nouvelles applications. Par la force des circonstances. Un infirmier espagnol, Tosquelles, se voit forcé de faire tourner l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban pratiquement sans personnel. Tout naturellement, il met les malades au travail. Chacun fait ce qu'il peut. Les résultats sont concluants. A la fin de la guerre, les récits des rescapés des camps de concentration viennent apporter une curieuse confirmation à ce qui n'est pas encore une théorie : les malades mentaux arrachés à leurs hôpitaux, contraints par leur captivité à se débrouiller comme les autres, et dans la solidarité, s'en portent mieux !

Après guerre, avec l'apport des expériences britanniques de « communautés thérapeutiques », plusieurs psychiatres français précisent cette méthode révolutionnaire. Dans les années cinquante, le docteur Jacques Oury ouvre une première clinique (« La Borde ») près de Blois. Puis, en 1956, le docteur Claude Jeangirard installe la sienne à quelques kilomètres de la première à Chailles.

Soleil, Mercure et Vapeur

Une visite à « La Chesnaie » commence par un léger trouble : qui est malade ? Qui ne l'est pas ? Les soignants ne se barricadent pas derrière leurs titres. Ils sont habillés comme tout le monde. Ils ne portent pas de blouses blanches. Ils ne se distinguent pas des malades.

Ils sont répartis en trois groupes, selon une répartition qui tient compte à la fois de la personnalité de chacun et de la nature de tâches : d'abord le fonctionnement et l'entretien de la maison, le travail aux nombreux ateliers ensuite, et enfin, la participation aux innombrables réunions (on a même parlé de « réunionnite » aiguë !) quotidiennes ou hebdomadaires.

Soleil, Mercure, Vapeur : ce sont les noms des trois « groupes » de la clinique qui réunissent soignés et soignants avec chacun une orientation particulière : le premier s'occupe de l'animation de la maison, le second se consacre plutôt aux soins, et le troisième a la charge de l'entretien de la clinique.

Les quelque 120 malades et 80 soignants (au sens le plus large, on le verra) sont tous rattachés à l'un de ces « groupes ». Ils tiennent réunion pratiquement chaque jour. On y discute non seulement des problèmes collectifs, mais aussi des cas individuels. Exemple : un malade veut sortir à Blois pour s'y acheter un vêtement. Le « groupe » examine la demande, son bien-fondé, les possibilités de l'intéressé. Et se prononce. Il peut même arriver que le traitement d'un malade soit discuté dans ce même cercle. Mais les médecins (ils sont cinq), le médecin-directeur principalement, disposent pratiquement d'un droit de veto sur toute décision. C'est le régime de l'autogestion surveillée...

La clinique cherche audacieusement à vivre en communauté vraiment démocratique. Mais elle reste singulièrement attachée à ses garde-fous, passez-moi l'expression, qui sont d'ailleurs tout autant des « garde-soignants ». Le grand patron, propriétaire de la clinique, Claude Jeangirard est une sorte de père, grand et bon Guru dont personne ne discute l'autorité !

Médecins et moniteurs sur pied d'égalité

A cette exception près, la notion de hiérarchie n'existe pratiquement plus. Contraste frappant, si l'on songe aux rigoureux états-majors pyramidaux des hôpitaux traditionnels.

J'ai assisté à une réunion des soignants. Un médecin participait à la discussion avec les moniteurs. Chacun y parlait avec une totale franchise sur pied d'égalité, quitte à contredire vertement le « toubib ». Il garde sans doute son prestige. Mais son savoir n'est plus placé au-dessus de toute autre considération. La pratique quotidienne l'emporte systématiquement sur la connaissance encyclopédique.

Pour l'engagement des moniteurs, on ne tient d'ailleurs aucun compte des diplômes. La formation s'acquiert au travail. Et avec quelques cours théoriques. Les moniteurs viennent de tous les horizons : de la plonge aux ateliers, en passant par les soins.

Les « soins » dépassent très largement l'heure de la distribution des médicaments (utilisés le plus modérément possible) ou celle des éventuels traitements médicaux. C'est la vie de tous les jours et de toutes les heures qui tend à « soigner » le malade. Par le contact personnel, par le voisinage tolérant et ferme à la fois de la communauté. C'est dire que chaque personne qui travaille à la clinique, du moniteur-stagiaire débutant au cuisinier en passant par les médecins les plus chevronnés, a son rôle thérapeutique. Plus ou moins consciemment. Plus ou moins scientifiquement. Mais toujours sur la base d'un engagement personnel très direct.

Ainsi, la trentaine d'étudiants en architecture venus construire un pavillon avec les malades avaient eux aussi une fonction bénéfique. Pour le malade, l'univers de la clinique, s'il doit être sécurisant, n'est pas un monde clos (au propre et au figuré). Comme dans la vie normale, il est confronté au voisinage des gens « normaux ».

J'en ai fait l'étonnante expérience au cours des deux jours passés à Chailles. Un matin, un jeune malade s'est approché de moi, dans le grand parc, et très simplement nous nous sommes mis à bavarder. Il me dit son angoisse, ses préoccupations, sa peur de la sortie, sa crainte d'un trop long séjour : il parlait avec émotion, mais avec grande lucidité. Bref, il se montrait beaucoup plus loquace qu'avec les moniteurs qui le côtoient chaque jour ! Un visage nouveau, un passage étranger et momentané : cela avait suffi pour desserrer, pour un instant, l'étreinte paniquée et muette de la schizophrénie.

Quand la folie devient délirante

D'autres malades expriment leur folie dans un délire qui peut aller jusqu'à la violence. A leur égard, le « milieu » de Chailles est évidemment très tolérant. Mais avec des limites strictes : celles qu'impose, précisément, la vie communautaire. L'interdit, le hola, ne viennent pas d'un infirmier-gendarme. Les exubérances gênantes sont le plus souvent sanctionnées par les malades eux-mêmes, importunés par d'excessives démonstrations. Pour les cas plus graves, il existe à la clinique une chambre d'isolement. Mais elle est très rarement utilisée.

Il est très rare, aussi, que des malades trop gravement atteints doivent être dirigés vers d'autres hôpitaux traditionnels. D'autant que les médecins de Chailles disposent de tous les moyens médicaux traditionnels pour faire face aux crises les plus dangereuses.

Les risques, il y en a, bien sûr. « Il y a surtout, répond un médecin, le risque que la maison marche mal ! Pour ce qui est des pensionnaires eux-mêmes, nous avons constaté au contraire que les « passages à l'acte », les suicides par exemple, étaient statistiquement plutôt moins nombreux que dans un établissement traditionnel. Surtout si l'on tient compte du fait que nous n'avons pratiquement que des cas graves. »

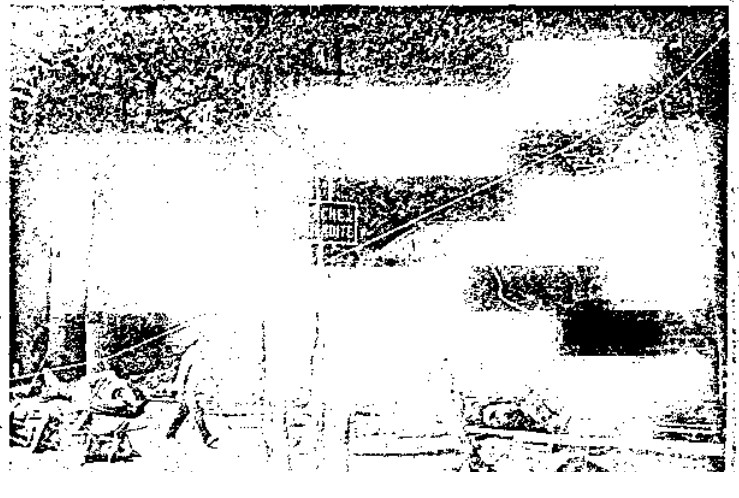
Les malades assument, plus ou moins directement, certaines responsabilités, c'est vrai. Mais la maison a aussi ses strictes limites. Pas seulement celles qu'impose le tout-puissant médecin-directeur. Il y en a aussi qui résultent d'une « convention collective arbitraire ». L'heure du coucher, par exemple. Neuf heures. Cette rigueur surprend beaucoup de visiteurs. « En fait, explique-t-on, telle règle sécurise les malades qui en ont bien besoin après une journée où ils ont dû s'assumer, travailler, et vivre avec les autres. »

La plupart des pensionnaires arrivent à Chailles sur la suggestion d'un médecin ou après un séjour infructueux dans un hôpital traditionnel. Il n'empêche qu'en France, la résistance à cette école nouvelle reste très vive. D'abord parce que ses promoteurs restent totalement en marge du « cursus honorum » universitaire. Parce que beaucoup de médecins craignent ce climat de discussion permanente et large sans égards pour la hiérarchie. Enfin parce que le mode de vie suggéré pour les malades mentaux est manifestement inspiré d'une philosophie politique incompatible avec le conformisme social.

L'aventure, pourtant, vaut d'être connue. Elle peut être fascinante. ■

Prochain article :

LES FOUS DEVIENNENT BATISSEURS



Jacques Pilet
Simone Oppliger (Photos)

Un architecte lausannois construit une maison avec les pensionnaires et sa classe d'étudian

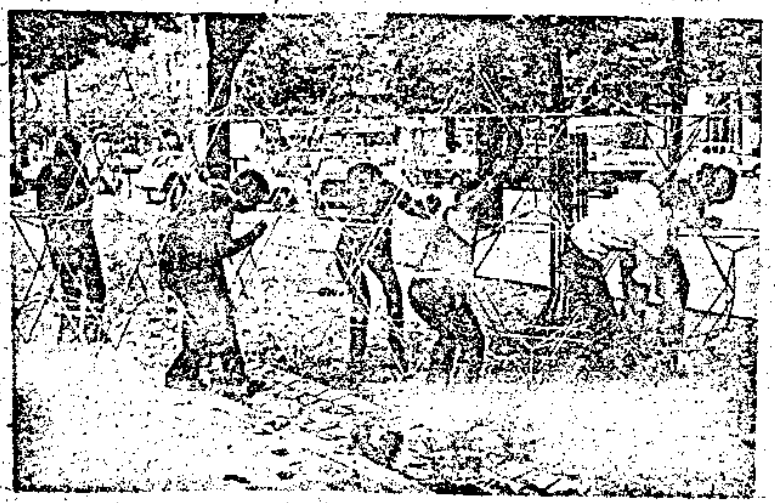
La clinique psychiatrique ne doit pas être un monde clos. Il importe, estiment les soignants de Chailles, qu'un certain va-et-vient s'établisse entre la maison et le monde « normal ».

C'est ainsi qu'au printemps, une trentaine d'étudiants en architecture ont progressivement débarqué à « La Chesnaie ». C'est leur professeur, l'architecte lausannois Chiperic Boiscuillé, qui a proposé à sa classe de consacrer un an à cette expérience originale : construire une maison de A jusqu'à Z avec les malades. L'idée fut acceptée par la direction de l'Ecole spéciale d'architecture de Paris, boulevard Raspail.

« Nous voulions rompre avec des études mornes, trop théoriques, où tous les exercices sont basés sur la simulation truquée de la réalité : nous voulions entrer dans le concret. Et, de surcroît, vivre aux côtés des malades la découverte de la folie... »

Aujourd'hui, les murs principaux du pavillon sont dressés. La charpente se construit. Dans quelques mois, la maison pourra servir de lieu de réunion et de loisirs. Un premier petit pavillon semblable vient d'être mis sous toit à proximité.

Pour les malades, ce remue-ménage, cette confrontation quotidienne à des non-fous étrangers au personnel soignant, paraît avoir eu de très bons effets.



Une communauté pour vaincre la folie

Malades, étudiants et manitours chargent des structures métalliques à Paris : aucun passant ne se doute de la signification de cet étrange groupe...

Pour les malades mentaux, le travail est une façon de réapprendre à nouer des relations avec les autre

C'est une étrange construction qui est en train de pousser à la lisière du bois qui entoure la clinique. Les quelques malades qui ont pu s'associer de près au travail ont eu leur part dans la conception même de la maison (surface : 165 m2). C'est ainsi qu'un jour, un pensionnaire qui travaillait à la maçonnerie eut l'idée d'un curieux décrochement dans le mur qu'il se mit à sculpter à sa guise : il en est résulté un étrange poing enfoncé dans le sol qui soutient une fenêtre !...

« Nos seules limites étaient celles qui s'imposent techniquement du point de vue de la sécurité, explique l'architecte Boiscuillé. Je ne suis jamais intervenu pour des raisons esthétiques... »

Pour les étudiants, ce fut un dépaysement total : ils découvraient à la fois les réalités concrètes que les études laissent ignorer et le monde de la folie. Payés deux cents francs par mois, nourris et logés, ils se mirent à apprécier cette vie au point que certains d'entre eux envisagent... d'arrêter leurs études : « Nous découvrons qu'une vie à la fois plus simple et plus riche est possible... »

Trouée dans un univers clos

Les malades (ils sont une vingtaine à avoir suivi plus ou moins régulièrement les travaux du chantier) ont quant à eux trouvé là une gamme de possibilités inédites. Exemple : un malade très perturbé, à la démarche lourde et incohérente, au regard glauque, totalement inapte aux plus simples des petits travaux s'est révélé un excellent ouvrier à la bétonnière : aucune charge ne l'effrayait. Même sous la pluie battante, il poussait inlassablement de lourdes brouettes, tout heureux de cette découverte. Ce fut une trouée, un fugitif répit dans l'univers clos de sa folie.

« On a aussi remarqué, raconte Boiscuillé, que les malades aiment les gros travaux collectifs. Ils trouvent, par exemple, un vrai plaisir à faire la chaîne pour déplacer des matériaux... »

Bizarrement, en revanche, l'idée d'édifier une maison des fondements jusqu'à l'aménagement intérieur, avec le côté exaltant qu'un tel travail peut comporter, ne paraît pas toucher beaucoup les malades. La maladie mentale peut endormir la mémoire. « Pour la provoquer, l'exciter, explique l'architecte suisse, nous enregistrons régulièrement nos travaux avec une caméra vidéo, nous prenons beaucoup de photos... » J'ai pu juger, au cours d'une « soirée diapos », de l'extraordinaire succès de ces « flash-back » ouverts sur un proche passé.

Changement... et dérangement

« Plus encore que la construction elle-même et les travaux offerts aux malades, commente un médecin, ce qui importe pour les malades, c'est le mouvement, le changement, même lorsque cette présence étrangère à la maison est source de rupture et de dérangement. Il faut y voir une forme de lutte contre la chronicisation. C'est important. »

Le travail, on l'a vu, joue un rôle clé dans la psychiatrie institutionnelle. Cette « école » se refuse à définir des théories arrêtées. Elle s'appuie avant tout sur une pratique. Mais on peut tout de même avancer certains principes de base. La nécessité du t vail en est un principalem pour les échanges sociaux q implique. Evidemment, dans structure comme celle de Ch les, on refuse la contrainte di plinaire. C'est aux monito d'« accrocher » les malades et les entraîner dans une activité scrive que ceux-ci refusent : « seuls là pour me soigner, pas p travailler ! » Il faut parfois tendre plusieurs semaines av que « l'accrochage » réussisse ; malade commence alors trouver une certaine satisfac au travail collectif. Dès, ce m ment, le soignant peut approc différemment le pensionnaire établir de meilleures relati avec lui.

Malades engag par contr

Pour l'aider à tenir le coup delà de la première séduction la nouveauté, la clinique lui p pose un « contrat » : le mala s'engage à une certaine activi à temps complet ou partiel, pe une durée d'un mois, renouvel ble. Une rémunération est fix par une discussion de grou Elle varie de cinquante à de cents francs par mois.

Les travaux proposés ne so généralement pas rentables. travail, dans une psychothérap institutionnelle, ne doit être un simple moyen de passer temps, ni une façon de gagner vie, ni un simulacre de travail l'extérieur mais, selon Tosqu les, « un travail réel, product expressif, à visée thérapeutique

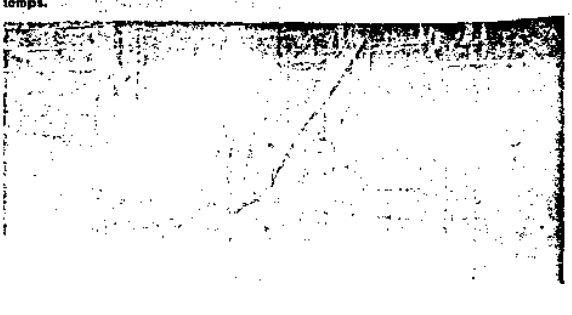
L'idée du contrat (dont malade propose souvent lu même le montant) est importa le : elle doit empêcher que le tr vail ne soit qu'une routine tr facilement réconfortante pour malade, elle lui donne sa vra dimension sociale qui impliq une responsabilité personnel dans le cadre d'un groupe.

Cette modeste « paie » amèr tout naturellement les pensio naires à réapprendre à gérer le propre budget. Non pas en sol taires. Non pas en « minus » su veillés pas à pas par l'autori médicale. Mais dans un certa esprit de solidarité collective par la discussion de groupe.

Cette démarche, au fond, pour rait servir à pas mal de gens d « normaux ». Non ?

J. P.

Certains malades, incapables de s'associer directement aux travaux du chantier, passent de longues heures à les observer. Et ce spectacle, à lui seul, peut avoir une certaine valeur thérapeutique : il évoque l'activité, le mouvement, il s'oppose à une certaine conception de l'hôpital statique et figé dans le temps.



Aucun professionnel (si ce n'est l'architecte) n'a directement collaboré à la construction : étudiants et pensionnaires ont appris ensemble un nouveau métier... Plutôt que de faire venir une grue pour monter la charpente, ils on ont construit une eux-mêmes avec un jeu de poutres et de poulies !

Jacques Pilet
Simone Oppliger (Photos)

UNE TRÈS GRANDE LEÇON DE TOLÉRANCE POUR LES BIEN-PORTANTS

Au milieu du parc, un petit pavillon fleuri. Un domaine réservé. Un îlot soustrait à l'autorité de l'établissement. C'est le local du club» de «La Chesnaie», un club autonome (fondé selon les préceptes d'une loi célèbre en France, celle de 1901) où malades et soignants organisent leurs activités en toute indépendance par rapport à la clinique.

Cette institution est une des idées de la psychiatrie institutionnelle. Selon son théoricien, le Dr Oury, le club a pour fonction de «contrebalancer «la fonction oppressive» de l'hôpital psychiatrique, «héritier de la renfermerie asilaire»...

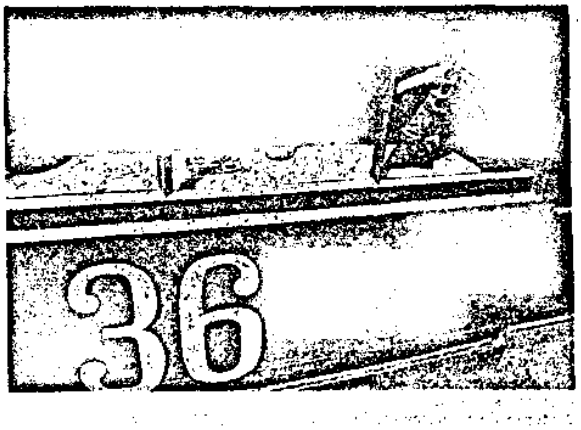
Plus simplement, disons que c'est l'occasion pour les malades d'apprendre à gérer et à animer une petite société : encore une façon pour eux de briser la solitude de la folie.

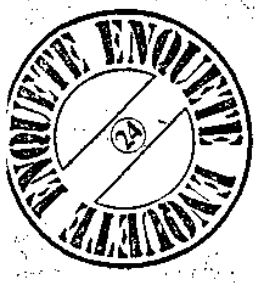
3

Une communauté pour vaincre la folie

En principe les loisirs sont organisés par le club de la clinique qui a son propre budget, administré par les malades eux-mêmes, avec le concours des moniteurs.

Le club de la clinique de Chailles a ouvert un local à Paris, au 36 de la rue Grenata (à deux pas de la rue Saint-Denis), entièrement aménagé par les malades et les moniteurs. On y vend des objets fabriqués dans les ateliers de la clinique. Il sert aussi de «point d'accrochage» pour des malades sortis de la clinique qui ont besoin de garder un contact. En haut, de gauche à droite : un moniteur, un malade que Paris angoisse, et une poupée dans sa vitrine.





La participation des malades aux décisions prises dans la clinique est très large, on l'a vu. Mais elle a des limites : les médecins, en fin de compte, gardent le pouvoir. Le poids de l'institution se fait sentir. Le club devrait permettre aux pensionnaires de s'exprimer sur un terrain différent : ils organisent eux-mêmes des loisirs, des sorties, de nombreux contacts avec l'extérieur. Des anciens malades, des amis, des sympathisants peuvent adhérer au club.

Idéalement, il devrait être le moyen, pour le malade, de «retrouver son autonomie perdue». Pratiquement, un très petit nombre d'entre eux s'associent d'assez près à l'animation pour en tirer un tel bénéfice. Mais il ne fait pas de doute que le fonctionnement de cette société à rebâtir à échelle réduite rappelle des mécanismes sociaux que l'hôpital traditionnel, par sa totale prise en charge, fait oublier.

J'ai assisté à une réunion où le comité du club discutait de la préparation d'une grande fête qui aura lieu en septembre. Organisée en commun avec les clubs de deux autres cliniques voisines, elle réunira les malades des trois établissements au cœur de la ville de Blois. Spectacles, bals, ventes, bars : la population de la région sera invitée à s'amuser avec les malades. Le titre envisagé serait : «Les fous vous invitent». Cela peut surprendre. Il faut dire que l'on tente, dans le courant de la psychiatrie institutionnelle, de démystifier les termes de «folie» et de «fou» que l'on devrait enfin pouvoir assumer sans fausse honte.

Certains malades se révèlent. L'un d'eux se découvre une vocation et des aptitudes de comptable. Un autre déborde d'idées farfelues, mais originales. Beaucoup d'autres, il est vrai, ne parviennent guère à sortir de leur passivité. Patiemment, les moniteurs tentent de les «accrocher».

Respect et tolérance

«Nous ne prétendons pas avoir trouvé la recette idéale, répètent les soignants. Il arrive qu'un groupe, que le club ou que l'ensemble de la clinique traverse des périodes sombres. Mais nous croyons à une certaine pratique : dans la discussion, dans la critique réciproque et surtout, dans le respect profond et complet de la personne du malade...»

Ce respect, c'est aussi une tolérance. Je l'ai ressenti à Chailles en bavardant très simplement avec les malades. L'abolition de la barrière dressée entre fous et non-fous est poussée le plus loin possible. Pour les soignants, ce n'est pas toujours de tout repos. La folie inquiète, met en cause les psychismes les plus solides. Les fantasmes des malades s'expriment si librement que ceux des «bien-portants», d'habitude sagement contenus par la «raison», ont très naturellement tendance à s'amplifier... C'est ainsi que les étudiants architectes en séjour dans la clinique, pris dans le climat de permissivité, se laissèrent aller, au début, à des jeux singulièrement débridés qu'ils se seraient interdits en tout autre lieu !

De belles certitudes minées

Le réflexe naturel du visiteur dans un hôpital psychiatrique est une attitude de défense, de repli. A Chailles, tout le porte à établir un dialogue avec les malades. Et ce contact, qui vient parfois miner de trop belles certitudes (celle par exemple d'avoir «la tête sur les épaules...), est une très utile leçon de tolérance.

Je suis persuadé que la psychiatrie institutionnelle ainsi pratiquée est d'un aussi grand profit pour les «bien-portants» qui s'interrogent sur la folie et la raison que pour les malades qui tentent de trouver une issue à leur souffrance.

FIN

Voir 24 HEURES des 11, 12 et 13 août.

13

SUISSE : LES IDÉES NOUVELLES FONT LENTEMENT LEUR CHEMIN

Pourquoi Cery ne ressemble pas à la clinique de Chailles...

Jusqu'à ce jour, la psychiatrie institutionnelle ne se pratique pas en Suisse. Pourtant, certains principes de la «communauté thérapeutique» paraissent faire leur chemin. Et bien des médecins, dans les hôpitaux, s'en inspirent plus ou moins directement.

Le Dr Calanca, médecin-chef de l'hôpital universitaire psychiatrique de Cery, s'en explique.

— Il est évident que nos hôpitaux évoluent peu à peu dans le sens d'une plus grande ouverture, alors qu'autrefois les malades y étaient bouclés. Le rôle de l'hôpital protecteur de la société l'emportait sur sa fonction thérapeutique.

Il est aussi évident que nous n'allons pas aussi loin que dans d'autres pays. En Angleterre, par exemple, depuis plusieurs années, il existe des hôpitaux totalement ouverts (sorties en ville tous les jours, visites libres, etc.). Mais il surveillés de plus près. Ces cas particulièrement ingrats sont concentrés, en Angleterre, dans trois hôpitaux-prisons complètement fermés où le personnel est revêtu d'uniformes de police ! Le sort de *ces malades, je vous assure,* est pitoyable.

En Suisse, nous n'opérons pas de telles distinctions. Un établissement comme le nôtre est tenu d'admettre tous les cas, des plus bénins aux plus graves. Cela *limite évidemment singulièrement* nos possibilités d'ouverture vers l'extérieur et l'expérimentation de méthodes comme la communauté thérapeutique. Lorsqu'on parle de ces nouvelles tendances, il ne faut pas oublier de préciser qu'elles ne peuvent pas s'appliquer à tous les malades. Il est important de voir aussi cette autre face du problème.

— Il n'a pas été envisagé de répartir les malades entre différents hôpitaux dont certains pourraient s'inspirer de ces nouvelles méthodes de traitement...

sions ouvertes, deux semi-ouvertes, et trois divisions fermées y compris celle d'admission. Chacune comptant entre vingt et vingt-six lits.

— Que pensez-vous de la responsabilisation des malades ?

— Nous avons fait des tentatives pour que les pensionnaires s'expriment sur leur situation à l'hôpital. *Dans la mesure du possible* (mais il est vrai que certains médecins restent encore réticents), chaque division a une réunion hebdomadaire où les malades discutent de la vie de la maison. Il y a six ou sept ans, nous avions même organisé un «comité central» des malades réunissant les délégués de chaque division. Cela a dû être abandonné car le système, loin d'être démocratique, ne faisait que donner le pouvoir de décision à une minorité de malades installés depuis longtemps dans la maison. C'est d'ailleurs un point important : le temps d'hospitalisation dans un établissement comme le nôtre est beaucoup plus

— Quelle est votre attitude face à la remise en cause de la toute-puissance du médecin ?

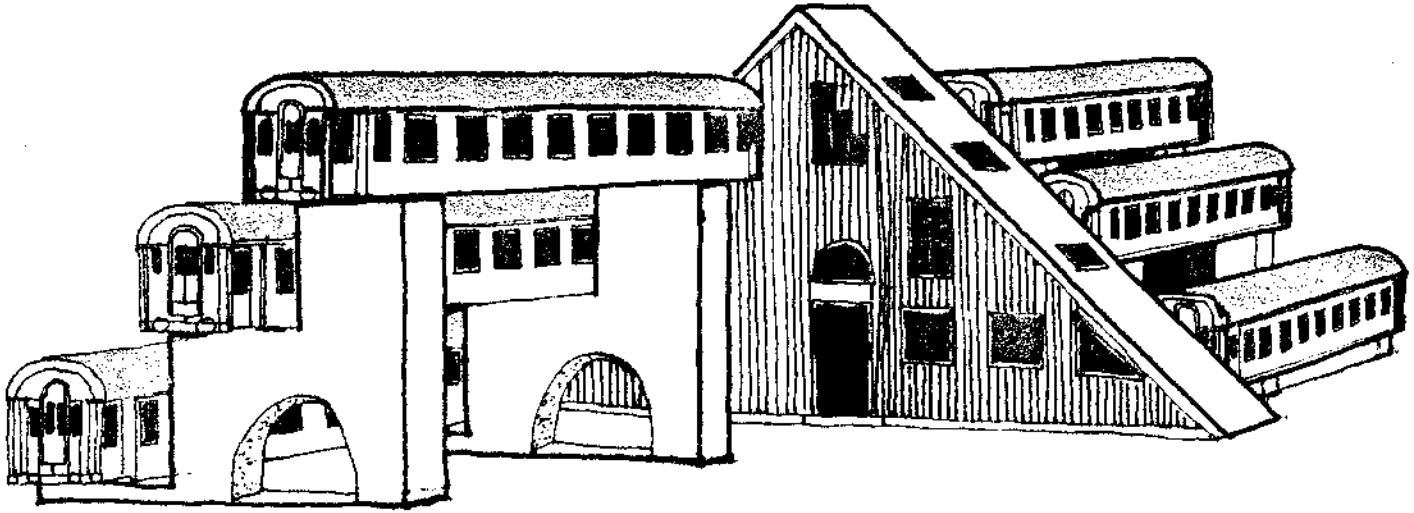
— Je crois qu'il est en train de s'esquisser lentement des relations différentes entre les médecins et les infirmiers. Autrefois les seconds ne faisaient qu'exécuter aveuglément ce que prescrivaient les premiers. C'est fini. On s'efforce de discuter le plus possible. Cela ne réussit pas toujours, mais c'est la tendance. Nous discutons aussi beaucoup plus qu'avant avec les malades eux-mêmes qui peuvent être extrêmement lucides. Je me souviens que c'est l'un d'eux qui me fit remarquer un jour que «les médicaments servaient plus à rassurer le médecin qu'à guérir le malade !»

— Et les vertus thérapeutiques du travail, y croyez-vous ?

— Dans certains cas, oui. Pas toujours : il y a certains travaux de *manutention* élémentaire qui *ne* sont pas d'un bien grand profit. A Cery, les malades vont travailler dans des ateliers de cartonnage, dans des ateliers de mosaïque, tissage, modelage, dessin ou céramique.

Les idées lancées par les établissements expérimentaux comme celui de Chailles finissent par trouver, lentement, quelques échos dans les hôpitaux traditionnels. L'évolution reste pourtant lente. Il ne faut pas se le cacher. Pour bien des raisons. Parce que la condition des grands hôpitaux psychiatriques est moins choquante en Suisse que dans la plupart des pays voisins et que l'urgence des réformes se fait moins ressentir. Parce que les médecins sont très attachés à la toute-puissance de leur hiérarchie. Parce que les pouvoirs publics (et la société dans son tout) tiennent avant tout à se protéger des remises en cause de la folie.

Et il n'est pas sûr que les méthodes nouvelles puissent se communiquer à un système traditionnel par petites doses comme cela paraît être le cas. Il viendra un



C’était à l’hôpital la saison des émeutes
Le ciel se barbouillait : des éclairs en zig-zags
Des diables qui sortaient de leurs boites – sans blague
Les geôliers d’épouvante avaient peur de ces meutes

De malades mentaux sortis des zones neutres
Porté par la clameur d’un dragon sur la drague
Riait un schizophrène en poussant sur la vague
Un wagon à l’insu des psychothérapeutes

Des rafales de vent claquaient avec colère
Au nom de Freud la porte – et vogue la galère
D’un docteur-directeur unique maître à bord

Les chiens et le désordre à leur comble à la mort
Hurlaient avec les loups – des coups de feux en l’air
Et les fous étaient seuls à nous montrer le nord

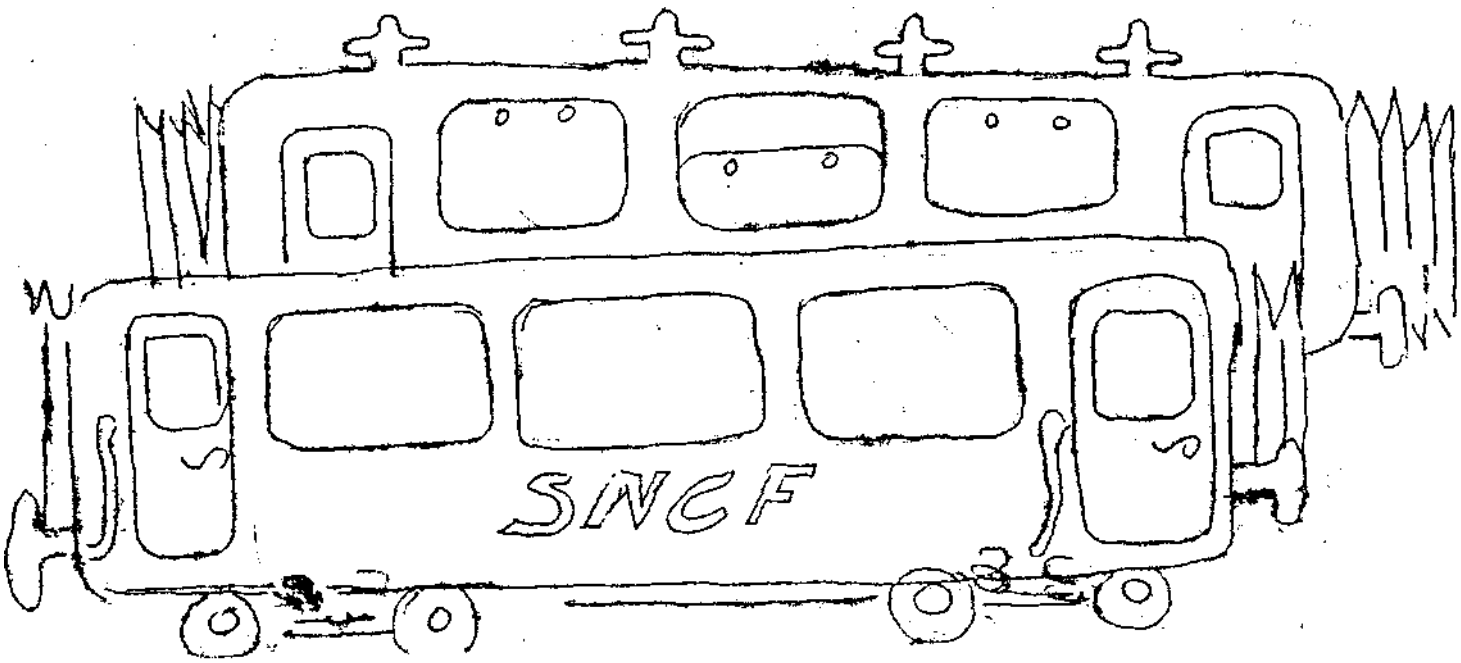
G.B. Poème paru dans la gazette.

ORIENT EXPRESS
OU RÊVE AU BOUT DE LA PRAIRIE

Mercredi II juillet à 13H30 au grand BOISSIER les architectes présentaient maquette et explications à l'appui, le projet ORIENT EXPRESS. Le point de départ de ce projet ? Il est nécessaire de libérer assez rapidement la HAUTE PIÈCE, afin d'en faire une nouvelle unité de soins. Il faut donc créer un nouveau bâtiment apte à loger les stagiaires. Ce bâtiment se situera, comme chacun le sait, dans la prairie, près de la bergerie. A quoi ressemblera-t-il ? Difficile à décrire en quelques mots bien sûr, et ceux qui veulent en savoir plus ne doivent pas hésiter à se renseigner auprès des architectes, à se faire montrer la maquette.

Au cœur du projet, l'utilisation de wagons SNCF, à partir desquels s'agencera l'ensemble. Toutes sortes de raisons à cela : disposer de corps de bâtiments déjà réalisés, dans lesquels les travaux pourront se réaliser même par mauvais temps, ce qui permettra au chantier de ne pas s'interrompre l'hiver ; utiliser des objets ayant déjà eu une fonction (dont ils sont ainsi détournés), une histoire connue de tous à laquelle chacun peut rattacher des souvenirs personnels. Du rêve, quoi, et qui rappelle un peu ce qu'ANDRÉ BRETON désignait dans L'AMOUR FOU, comme « la beauté convulsive », « explorante fixe » : ne citait-il pas, pour l'illustrer, l'image surréalistes célèbre, de « la locomotive abandonnée dans la forêt vierge ».

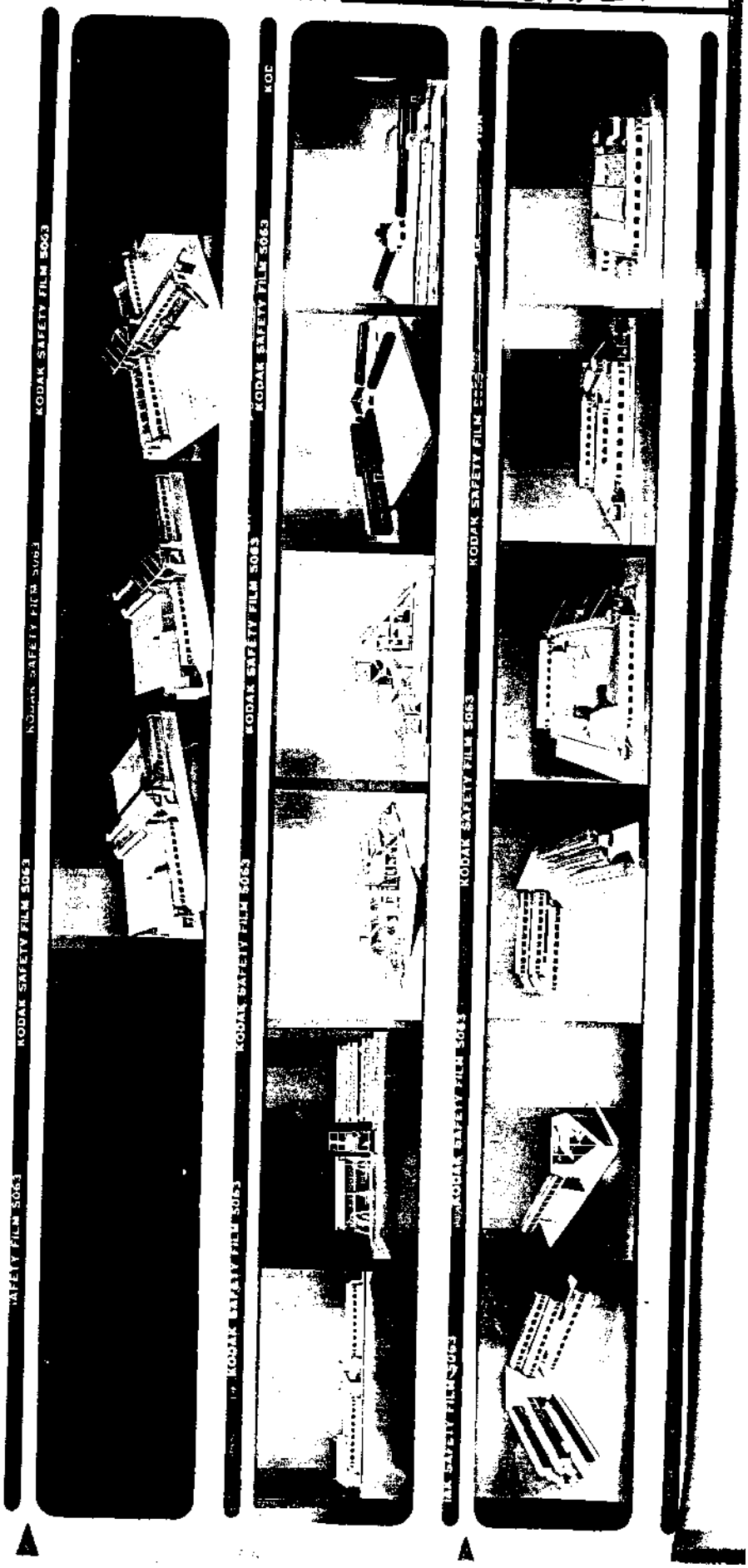
En attendant, il faut…bâtir, et certaines urgences se font sentir. Ces fameux wagons arriveront en septembre, et il est donc nécessaire que les fondations, et les corps de bâtiments destinés à les supporter soient achevés. Les architectes lancent donc un appel à tous, moniteurs et pensionnaires, pour qu'ils participent aux travaux du chantier.

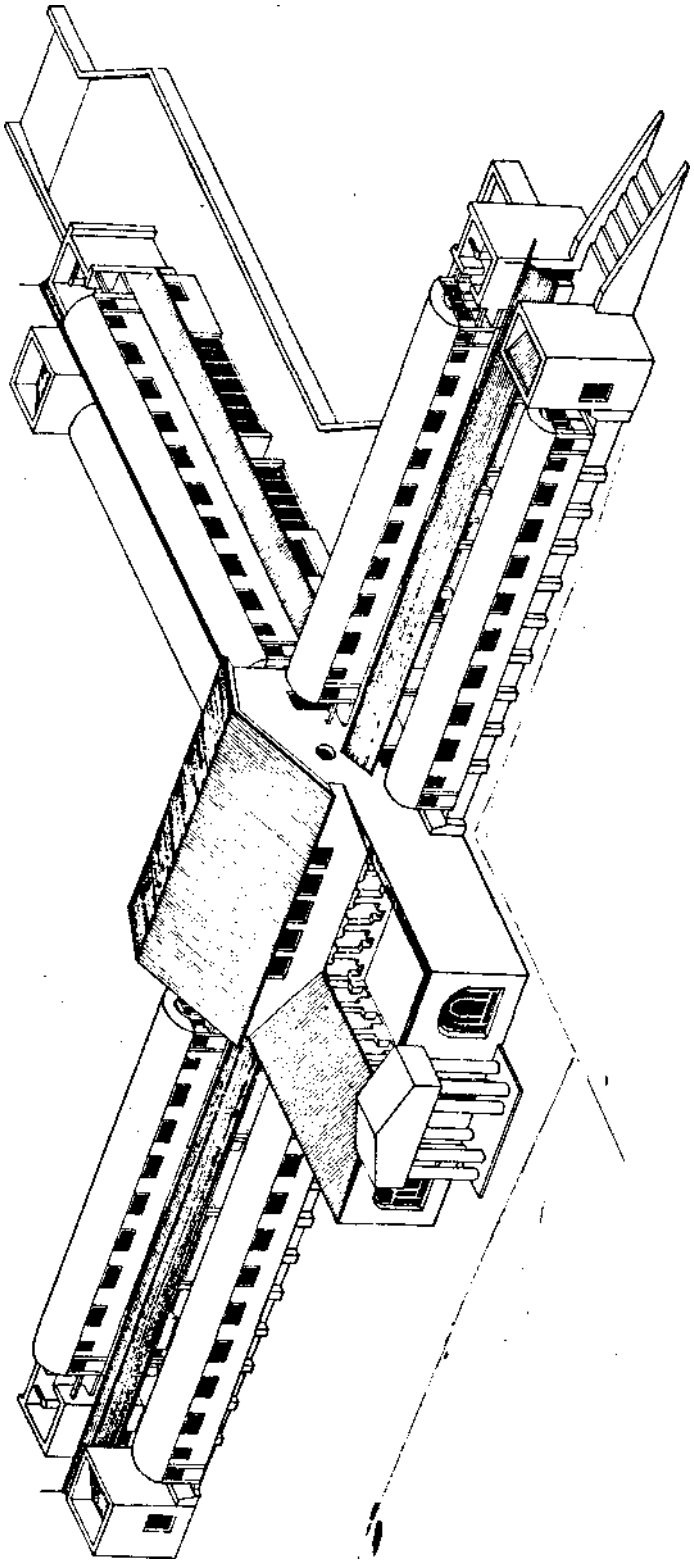


DATE AVRIL 79

SUBJECT MAQUETTES O.E.M

~~TECHNICAL DATA~~ ESA RASPAIL.





Denis 4
BOUDOUARD

BIBLIOGRAPHIE

F. TOSQUELLES, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, C.E.M.E.A., Ed. Scarabée.

J. OURY, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Payot.

H. SIMON, *Pour une thérapeutique plus active*, St Alban.

J. OURY, *Il, donc*, 10/18.

M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*.

E. GOFFMAN, *Asiles*, Ed. de Minuit.

G. MICHAUD, *La Borde… un pari nécessaire*, Gauthier-Villars.

J.C. POLACK et D. SABOURIN, *La Borde ou le droit à la folie*, Calmann-Lévy.

Histoires de La Borde, Recherches, Avril 76.

Spécial psychothérapie institutionnelle, Recherches, Mai 70.

Spécial programmation architecture et psychiatrie, Recherches, Juin 67.

Journées d'Etudes de psychothérapie institutionnelle, Recherches, n° 11.

Y. RACINE, *Argent et échanges à l'H.P.*, Bibliothèque des C.E.M.E.A.

R. BARTON, *La névrose institutionnelle*, Bibliothèque des C.E.M.E.A.

J. HOCHMANN, *Pour une psychiatrie communautaire*, Ed. du Seuil.

W.R. BION, *Recherches sur les petits groupes*, PUF.

J.O. MAJASTRE, *Introduction au changement dans un H.P.*, Maspéro.

M. MANNONI, *Travail et double référence dans l'analyste d'un psychotique*, S.P.I.

H. EZRIEL, *Quelques principes sur une méthode psycho-analytique de traitement de groupe*.